



**ZALĄCZNIK NR 9.6.SSI DO SIWZ  
MAZOWIECKIE SPECJALISTYCZNE CENTRUM ZDROWIA  
IM. PROF. JANA MAZURKIEWICZA W PRUSZKOWIE**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**W PROJEKCIE „E-ZDROWIE DLA MAZOWSZA”  
NA DOSTAWY I WDROŻENIE EDM, SSI**

**Niniejszy załącznik składa się z 113 ponumerowanych stron**

Warszawa, dnia 14.01.2015 r.

## Spis treści

Rozdział I. Założenia początkowe oraz wymagania ogólne. ....	4
I.1 Wymogi dotyczące interoperacyjności lub migracji dla oferowanego SSI. ....	4
I.1.1 Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Partnerowi Projektu określone funkcjonalności szpitalnego systemu informatycznego, poprzez dostawę nowego rozwiązania lub zmodernizowanie i rozbudowanie istniejącego w taki sposób, aby w jak najszerszym zakresie zostały zaspokojone obecne i przyszłe potrzeby ośrodka medycznego. Koniecznym jest równoczesne zachowanie pełnej wzajemnej interoperacyjności nowo wdrażanych modułów/grup funkcjonalności, a także w przypadku rozbudowy, pełnej interoperacyjności z modułami/grupami funkcjonalności już funkcjonującymi w jednostce ochrony zdrowia.....	4
I.1.2 Szpitalny System Informatyczny, stanowiący źródło Elektronicznej Dokumentacji Medycznej musi posiadać zaimplementowane mechanizmy integracji zgodne ze standardem HL7 CDA – Clinical Document Architecture, w wersji v.1 oraz v.2. ....	4
I.1.3 W przypadku, gdy wykonawca dokonuje rozbudowy systemu posiadanego przez Partnera przy użyciu produktu z innej linii produktowej (rozumianej jako produkt o innej nazwie handlowej lub innym zarejestrowanym znaku towarowym) wykonawca zobowiązany jest zaktualizować wszystkie posiadane przez Partnera moduły systemu do ich najnowszej wersji z linii produktowej wdrażanej jako rozbudowa.....	4
I.1.4 Wymagany stan docelowy: .....	5
I.2 ZAKRES: WYMAGANIA OGÓLNE.....	5
I.2.1 Moduł/grupa funkcjonalności „Wymagania ogólne” .....	5
Rozdział II. Wymagana, docelowa funkcjonalność SSI w przypadku rozbudowy istniejącego o dodatkowe moduły, jego wymiany lub dostawy nowego.....	12
II.1 ZAKRES: RUCH CHORYCH .....	12
II.1.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rozliczenia z NFZ” .....	12
II.1.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „JGP” .....	18
II.1.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Sprzedaż usług medycznych” .....	20
II.1.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „Symulator JGP” .....	25
II.1.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „Izba Przyjęć” .....	26
II.1.6 Moduł/grupa funkcjonalności: „Oddział szpitalny” .....	29
II.1.7 Moduł/grupa funkcjonalności: „Żywnienie” .....	38
II.1.8 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rehabilitacja” .....	39
II.1.9 Moduł/grupa funkcjonalności: „Statystyka medyczna” .....	41
II.2 ZAKRES: PRZYCHODNIA.....	44
II.2.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Poradnia specjalistyczna” .....	44
II.2.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rehabilitacja Dzienna” .....	50



II.3	ZAKRES: LABORATORIUM .....	52
II.3.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Laboratorium analityczne i mikrobiologiczne” .....	52
II.3.2	Moduł/grupa funkcjonalności: „Obsługa pobierania materiałów do badań” .....	53
II.4	ZAKRES: APTEKA.....	55
II.4.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteka” .....	55
II.4.2	Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteczka oddziałowa” .....	60
II.5	ZAKRES: PRACOWNIA DIAGNOSTYCZNA.....	62
II.5.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Pracownia diagnostyczna” .....	62
II.6	ZAKRES: DOKUMENTACJA MEDYCZNA .....	67
II.6.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Dokumentacja medyczna” .....	67
II.7	ZAKRES: WSPÓLNE .....	68
II.7.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Identyfikacja pacjenta” .....	68
II.7.2	Moduł/grupa funkcjonalności: „Pulpit użytkownika” .....	70
II.7.3	Moduł/grupa funkcjonalności: „Zlecenia” .....	71
II.7.4	Moduł/grupa funkcjonalności: „Wykazy, zestawiania” .....	73
II.7.5	Moduł/grupa funkcjonalności: „Wymiana danych z systemami zewnętrznymi” .....	73
II.7.6	Moduł/grupa funkcjonalności: „Zakażenia szpitalne” .....	75
II.7.7	Moduł/grupa funkcjonalności: „Administrator” .....	77
II.7.8	Moduł/grupa funkcjonalności: „Kolejki oczekujących” .....	78
II.7.9	Moduł/grupa funkcjonalności: „Obsługa urządzeń mobilnych” .....	80
II.7.10	Moduł/grupa funkcjonalności: „Szpitalny portal e-usług” .....	81
II.8	MODUŁY DODATKOWE .....	87
II.8.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „Bank Krwi” .....	87
II.8.1.23	Przegląd aktualnych stanów magazynowych z możliwością wglądu w: informacje o preparacie, obroty i dostawy dla każdego preparatu .....	89
II.8.2	Moduł/grupa funkcjonalności: „Wsparcie zarządzania systemem jakości” .....	90
II.8.3	Moduł/grupa funkcjonalności: „Radiologiczny System Informacyjny” .....	95
II.9	ZAKRES: SYSTEM INFORMACJI ZARZĄDCZEJ .....	107
II.9.1	Moduł/grupa funkcjonalności: „System informacji zarządczej” .....	107

## **Rozdział I. Założenia początkowe oraz wymagania ogólne.**

### **I.1 Wymogi dotyczące interoperacyjności lub migracji dla oferowanego SSI.**

**I.1.1 Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Partnerowi Projektu określone funkcjonalności szpitalnego systemu informatycznego, poprzez dostawę nowego rozwiązania lub zmodernizowanie i rozbudowanie istniejącego w taki sposób, aby w jak najszerszym zakresie zostały zaspokojone obecne i przyszłe potrzeby ośrodka medycznego. Koniecznym jest równoczesne zachowanie pełnej wzajemnej interoperacyjności nowo wdrażanych modułów/grup funkcjonalności, a także w przypadku rozbudowy, pełnej interoperacyjności z modułami/grupami funkcjonalności już funkcjonującymi w jednostce ochrony zdrowia.**

**I.1.2 Szpitalny System Informatyczny, stanowiący źródło Elektronicznej Dokumentacji Medycznej musi posiadać zaimplementowane mechanizmy integracji zgodne ze standardem HL7 CDA – Clinical Document Architecture, w wersji v.1 oraz v.2.**

**I.1.3 W przypadku, gdy wykonawca dokonuje rozbudowy systemu posiadanego przez Partnera przy użyciu produktu z innej linii produktowej (rozumianej jako produkt o innej nazwie handlowej lub innym zarejestrowanym znaku towarowym) wykonawca zobowiązany jest zaktualizować wszystkie posiadane przez Partnera moduły systemu do ich najnowszej wersji z linii produktowej wdrażanej jako rozbudowa.**

#### **Stan bieżący posiadanych systemów.**

Partner Projektu w części medycznej posiada System Informatyczny firmy KAMSOFT.

Wdrożono moduły: Izba Przyjęć, Oddział, Apteka szpitalna, Apteczka oddziałowa, moduł rozliczeń świadczeń. Ponadto, wdrożono system RIS i PACS firmy Synektik w pracowni rezonansu magnetycznego.

#### **I.1.4 Wymagany stan docelowy:**

Partner Projektu oczekuje wymiany obecnie użytkowanego Zintegrowanego Szpitalnego Systemu Informatycznego szpitala poprzez dostarczenie nowego Systemu w oparciu o wymagania przedstawione w opisie przedmiotu zamówienia, integracji z systemami RIS/PASC firmy Synektik oraz systemem części szarej (firmy Macrologic) w zakresie rozliczania kosztów leczenia

Wykonawca nieodpłatnie udostępni pełną informację na temat struktury bazy danych oraz inne niezbędne informacje, w celu zapewnienia możliwości integracji dostarczonego przez Wykonawcę oprogramowania z systemami informatycznymi Partnera Projektu.

**Oferowany SSI musi posiadać realizować wszystkie funkcjonalności przedstawione poniżej.**

## **I.2 ZAKRES: WYMAGANIA OGÓLNE**

### **I.2.1 Moduł/grupa funkcjonalności „Wymagania ogólne”**

I.2.1.1 System jest zintegrowany, przez co rozumie się zintegrowaną pracę wszystkich jego podsystemów/modułów w oparciu o swobodną, automatyczną wymienialność danych pomiędzy nimi.

I.2.1.2 System ma interfejs graficzny dla wszystkich swoich podsystemów/modułów.

I.2.1.3 Oferowany system SSI musi umożliwiać pracę w modelu dwuwarstwowym (desktopowym) lub trójwarstwowym (webowym) w rozumieniu określonym w wierszach poniżej.

I.2.1.4 W modelu trójwarstwowym (webowym) system musi obsługiwać co najmniej następujące przeglądarki internetowe: IE, Mozilla Firefox, Google Chrome.

I.2.1.5 W modelu dwuwarstwowym HIS działa w architekturze Klient/Serwer – rozumianej, jako sytuacja, w której baza danych znajduje się na serwerze centralnym obsługującym zarządzanie i przetwarzanie danych, natomiast klientem jest aplikacja zainstalowana na stacji roboczej.

I.2.1.6 SSI zapewnia poprawną jednoczesną pracę 150 Użytkowników na serwerze o parametrach wskazanych w ofercie przez Wykonawcę.

I.2.1.7 SSI dostarczany jest w postaci pełnego zestawu instalacyjnego. W skład zestawu wchodzi: wersja instalacyjna oprogramowania oraz szczegółowa instrukcja instalacji i reinstalacji oraz wykonywania i odtwarzania z kopii zapasowej. Zestaw instalacyjny musi umożliwić przeszkolonemu administratorowi samodzielną instalację i reinstalację HIS oraz backup/recovery. Administratorzy zostaną przeszkoleni w



zakresie instalacji i reinstalacji oraz sposobu archiwizacji i odtwarzania danych.

I.2.1.8W ramach przeszkolenia Administratorzy wykonają instalacji, reinstalacji systemu, kopię zapasową oraz otworzą kopię zapasową systemu.

I.2.1.9SSI zapewnia archiwizację danych (w tym na nośniku magnetycznym):

I.2.1.9.1 automatyczną (o uprzednio zdefiniowanej przez administratora porze),

I.2.1.9.2 na żądanie administratora/operatora,

I.2.1.10 System umożliwia eksport i import danych z bazy danych w formacie tekstowym z uwzględnieniem polskiego standardu znaków.

I.2.1.11 SSI umożliwia administratorowi utrzymanie zbioru standardowych raportów (dodawanie, modyfikowanie, usuwanie raportów).

I.2.1.12 Jeżeli aplikacja działa w modelu dwuwarstwowym uaktualnienia aplikacji muszą być w sposób automatyczny rozpowszechniane na wszystkie stacje robocze/terminale bez konieczności wykonywania jakichkolwiek czynności poza obszarem serwerowym.

I.2.1.13 W ramach SSI zapewnione jest oprogramowanie narzędziowe pozwalające na definiowanie i generowanie dowolnych zestawień i raportów związanych z zawartością informacyjną bazy danych. Raporty takie muszą mieć możliwość wywołania przez użytkownika z poziomu aplikacji:

I.2.1.13.1 Raporty umożliwiają eksport danych do formatu xls.

I.2.1.13.2 Raporty umożliwiają eksport danych do formatu MS Office i Open Office

I.2.1.13.3 Raporty umożliwiają eksport danych do formatu html.

I.2.1.13.4 W SSI jest możliwy podgląd wszystkich dostępnych raportów z jednego miejsca.

I.2.1.13.5 W każdej jednostce organizacyjnej można zdefiniować odrębny zakres raportów.

I.2.1.14 SSI umożliwia administratorowi z poziomu aplikacji definiowanie i zmianę praw dostępu dla poszczególnych użytkowników i grup użytkowników z dokładnością do poszczególnych:

I.2.1.14.1 modułów,



- I.2.1.14.2 jednostek organizacyjnych,
- I.2.1.14.3 opcji menu,
- I.2.1.14.4 formularzy, w tym również przycisków w obrębie formularzy,
- I.2.1.14.5 raportów,
- I.2.1.14.6 obiektów bazy danych (tabel, perspektyw, funkcji itd.) z rozróżnieniem praw.
- I.2.1.15 SSI umożliwia automatyczne wylogowanie użytkownika z systemu (przy przekroczeniu zadanego czasu bezczynności ustanowionego uprzednio przez Administratora),
- I.2.1.16 SSI umożliwia uprawnionemu użytkownikowi, z poziomu aplikacji, definiowanie i zmianę następujących słowników:
  - I.2.1.16.1 rozpoznań zgodnie z klasyfikacją ICD-10,
  - I.2.1.16.2 procedur medycznych zgodnie z nową edycją klasyfikacji procedur ICD-9,
  - I.2.1.16.3 kodów terytorialnych,
  - I.2.1.16.4 gmin, powiatów, województw
  - I.2.1.16.5 płatników (w tym oddziałów NFZ) i umów z nimi zawartych,
  - I.2.1.16.6 jednostek i lekarzy kierujących,
- I.2.1.17 SSI musi zapewniać proces wyszukiwania danych z zastosowaniem znaków polskich, znaków polskich diakrytycznych oraz znaków specjalnych, zastępujących, co najmniej fragment wyszukiwanego tekstu lub pojedynczy znak (np. „\*” - fragment tekstu, „?” – pojedynczy znak).
- I.2.1.18 Listy wyboru muszą być dynamicznie ograniczane zgodnie z wyszukiwaną frazą podawaną przez użytkownika. Funkcja ta musi uwzględniać polskie znaki diakrytyczne.
- I.2.1.19 W SSI jest dostępna pomoc kontekstowa – Help dla wszystkich modułów w języku polskim minimalnie z dokładnością do ekranu, z którego została uruchomiona pomoc. Pomoc kontekstowa powinna być spójna z dokumentacją systemu oraz podręcznikiem użytkownika
- I.2.1.20 SSI we wszystkich procesach regulowanych aktami prawnymi uwzględnia ich wymagania, co do minimalnego zakresu danych jaki do systemu może być nanoszony oraz raportowany ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrycznej ochrony zdrowia.



- I.2.1.21 SSI posiada, co najmniej jedną czynną (pozostającą w bieżącej opiece serwisowej) instalację w podmiocie leczniczym posiadającym z NFZ obowiązujący kontrakt, obejmujący całodobowe świadczenia psychiatryczne. W ofercie należy wskazać nazwę i lokalizację szpitala spełniającego niniejszy wymóg.
- I.2.1.22 SSI jest dostarczony ze współpracującym z nim motorem bazy danych posiadającym komercyjne wsparcie producenta.. Dopuszcza się zastosowania RBD typu open-source pod warunkiem udzielenia przez wykonawcę pełnego wsparcia, jak w produktach komercyjnych, na okres funkcjonowania systemu u Partnera Projektu.
- I.2.1.23 System, w zakresie swoich podsystemów/modułów obejmujących: ruch chorych, aptekę centralną, apteczki oddziałowe, punkt pobrań, izba przyjęć (psychiatria, neurologia), szpital rodzaj wg. NFZ opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, lecznictwo otwarte, Poradnia Zdrowia Psychicznego, Zespół Leczenia Środowiskowego , Zakład Opiekuńczo Leczniczy , pracownie TK, EEG, USG, EKG, Zakażenia, Poradnia Medycyny Pracy (?), Poradnia Leczenia uzależnień , gabinety lekarskie – lekarze konsultanci, rozliczeń z NFZ powinien pracować w oparciu o tę samą bazę danych, przez co należy rozumieć tę samą instancję bazy danych i te same tabele bazy danych. Niedopuszczalne jest przekazywanie i dublowanie danych w zakresie w/w podsystemów/modułów.
- I.2.1.24 W systemie musi zostać zachowana zasada jednokrotnego wprowadzania danych. Wymiana danych pomiędzy modułami musi odbywać się na poziomie bazy danych
- I.2.1.25 Dane systemu przechowywane są w modelu relacyjnym baz danych z wykorzystaniem aktywnego serwera baz danych.
- I.2.1.26 W podsystemach/modułach części medycznej systemu musi być zapewniona praca w pełnej funkcjonalności na tabletach lub komputerach wyposażonych w monitory dotykowe.
- I.2.1.27 W funkcjach związanych z wprowadzaniem danych system udostępnia podpowiedzi, automatyczne wypełnianie pól (np. automatyczne wprowadzenie kodu TERYT na podstawie nazwy miejscowości i/lub kodu pocztowego), szablony, słowniki grup danych (np. katalogi leków, procedur medycznych, jednostek chorobowych, danych osobowych czy danych terytorialnych).
- I.2.1.28 System zapewnia odporność struktur danych (baz danych) na uszkodzenia oraz pozwala na szybkie odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również łatwość wykonania ich kopii bieżących.





- I.2.1.29 Musi istnieć możliwość obsługi aplikacji wyłącznie przy użyciu klawiatury, bez konieczności używania myszki
- I.2.1.30 W każdym oknie, gdzie możliwa jest edycja istnieje możliwość powrotu do poprzedniego okna bez zapisu danych np. poprzez klawisz <cofnij>.
- I.2.1.31 W każdym polu edycyjnym(opisowym) tj. np. "treść wywiadu" powinna istnieć możliwość zapisu wprowadzonego tekstu do zewnętrznego pliku oraz powinny być udostępnione podstawowe narzędzia ułatwiające edycję np. kopiuj/wklej.
- I.2.1.32 Błędy niewypełnienia pól obligatoryjnych oraz niewłaściwego wypełnienia pól powinny być prezentowane użytkownikowi z możliwością szybkiego przejścia do miejsc na formularzach w aplikacji, gdzie błędy te wystąpiły.
- I.2.1.33 System umożliwia wykonanie nowej operacji wprowadzenia/edycji danych bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanej (np. obsługa zdarzenie w trybie nagłym) i powrót do zawieszonyj czynności bez utraty danych, kontekstu itp.
- I.2.1.34 System posiada mechanizm wyróżnienia wyświetlanych pól formularzy danych:
- I.2.1.34.1 których wypełnienie jest obligatoryjne,
  - I.2.1.34.2 przeznaczonych do edycji,
  - I.2.1.34.3 wypełnionych niepoprawnie.
- I.2.1.35 System jest wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia funkcjonują na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych). Są zaimplementowane mechanizmy walidacji haseł zgodnie z wymaganiami ustawowymi przewidzianymi dla rodzaju przetwarzanych danych.
- I.2.1.36 Dane powinny być chronione przed niepowołanym dostępem przy pomocy mechanizmu uprawnień użytkowników. Każdy użytkownik systemu powinien mieć odrębny login i hasło. Jakakolwiek funkcjonalność systemu (niezależnie od ilości funkcjonujących podsystemów/modułów) musi być dostępna dla użytkownika dopiero po jego zalogowaniu. System uprawnień powinien być tak skonstruowany, aby można było użytkownikowi nadać uprawnienia z dokładnością do rodzaju wykonywanej operacji tj. osobne uprawnienie na odczyt danych i osobne na wprowadzanie/modyfikację danych. System uprawnień powinien umożliwiać definiowanie grup uprawnień, które mogłyby być przydzielane poszczególnym użytkownikom.



- I.2.1.37 W przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła muszą być zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej).
- I.2.1.38 Musi istnieć możliwość nadawania użytkownikowi pojedynczych uprawnień z listy dostępnych. System musi umożliwiać definiowanie grup użytkowników i przydzielanie użytkowników do tych grup.
- I.2.1.39 Musi istnieć możliwość nadania użytkownikowi uprawnień do pracy wyłącznie w kontekście wybranej/wybranych jednostek organizacyjnych. Np. tylko oddział wewnętrzny lub gabinet POZ i izba przyjęć.
- I.2.1.40 System powinien umożliwiać nadawanie uprawnień użytkownikom do jednostek organizacyjnych, w których pracują, np. lekarz pracujący na izbie przyjęć i oddziale wewnętrznym powinien w swoich aplikacjach widzieć tylko pacjentów izby przyjęć i tego jednego oddziału.
- I.2.1.41 System musi tworzyć i utrzymywać log systemowy, w którym rejestrowane są wykonane przez wszystkich użytkowników systemu najważniejsze czynności (zalogowanie do systemu, wylogowanie z systemu, modyfikacja zawartości pól rekordów z możliwością analizy historii zmienianych wartości danych).
- I.2.1.42 System powinien automatycznie wylogowywać lub blokować sesję użytkownika po zadanim czasie braku aktywności.
- I.2.1.43 Użytkownik po zalogowaniu powinien widzieć pulpit zawierający tylko te funkcje i moduły, które są dostępne dla tego użytkownika.
- I.2.1.44 System powinien umożliwiać obsługę procesów realizowanych w szpitalu tzn. powinien:
- I.2.1.44.1 pokazywać tylko to, co w danym momencie jest najważniejsze,
  - I.2.1.44.2 udostępniać tylko te zadania, które na danym etapie powinny zostać wykonane,
  - I.2.1.44.3 umożliwić wprowadzenie tylko tych danych, które są niezbędne,
- I.2.1.45 System musi posiadać mechanizmy przesyłania i odbierania komunikatów tekstowych do poszczególnych użytkowników i ich grup.
- I.2.1.46 System musi posiadać mechanizm powiadomień generowanych automatycznie w związku ze śledzeniem stanów



określonych obiektów (np. zlecenie, pacjent), zmianą lub brakiem zmiany stanu w czasie.

- I.2.1.47 System musi umożliwiać automatyczne wprowadzenie danych pacjenta co najmniej z dowodu osobistego przy wykorzystaniu czytnika (skanera) dokumentów (funkcjonalność wykorzystywana podczas obsługi przyjęcia pacjenta w izbie przyjęć, rejestracji poradni, rejestracji pracowni, itp.)
- I.2.1.48 System musi umożliwiać przekazywanie wyników sprawozdań i analiz w postaci elektronicznej. System przygotowuje wyniki sprawozdań i analiz w postaci plików co najmniej w formatach CSV, HTML, i XML.
- I.2.1.49 System posiada możliwość definiowania szablonów dokumentów wykorzystywanych w jednostce.
- I.2.1.50 System musi zapewniać obsługę drukarek systemu Linux i Windows.
- I.2.1.51 System musi umożliwiać kolejkovanie wydruków.
- I.2.1.52 System kolejek wydruków pozwala korzystać z drukarek sieciowych.



## **Rozdział II. Wymagana, docelowa funkcjonalność SSI w przypadku rozbudowy istniejącego o dodatkowe moduły, jego wymiany lub dostawy nowego.**

### **II.1 ZAKRES: RUCH CHORYCH**

#### **II.1.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rozliczenia z NFZ”**

- II.1.1.1 Ewidencja danych o strukturze organizacyjnej zakładu:
  - II.1.1.1.1 określenie jednostek organizacyjnych kontraktujących poszczególne produkty,
  - II.1.1.1.2 klasyfikacja jednostek kontraktujących produkty zgodnie z rodzajem działalności (np. szpital, przychodnia).
  - II.1.1.1.3 możliwość przypisania do komórki organizacyjnej kodu technicznego NFZ i możliwość zmiany tego kodu w dowolnym momencie pracy systemu.
- II.1.1.2 Możliwość importu słownika ICD9 udostępnianego przez NFZ w formacie XML z uwzględnieniem okresów obowiązywania kolejnych wersji tego słownika
- II.1.1.3 Możliwość importu słownika produktów handlowych z plików w formacie XML udostępnionych przez NFZ (komunikat PRH)
- II.1.1.4 Zgodność z otwartym formatem wymiany danych rozliczeniowych z NFZ,
- II.1.1.5 Zarządzanie umowami z NFZ:
- II.1.1.6 Wprowadzanie, modyfikacja, przegląd danych dot. zawartych umów z płatnikiem, w tym możliwość importu tych danych w postaci elektronicznej (komunikat UMX), obejmujące:
  - II.1.1.6.1 parametry rozliczeniowe, m.in. możliwość zdefiniowania punktowego rozliczenia umów, parametry pozycji pakietów świadczeń
  - II.1.1.6.2 pozycje planu umowy,
  - II.1.1.6.3 miesięczny plan wykonania produktów w ramach umowy,



- II.1.1.6.4 miesięczny plan wykonania produktów w ramach umowy w rozbiciu na jednostki organizacyjne (miejsca realizacji świadczeń).
- II.1.1.6.5 okres obowiązywania umowy,
- II.1.1.6.6 limity na realizację świadczeń, w okresie obowiązywania umowy w rozbiciu na imiesiące i ceny jednostkowe
- II.1.1.6.7 słowniki związane z umowami (słownik zakresów świadczeń, świadczeń jednostkowych, pakietów świadczeń, schematów leczenia itd.)
- II.1.1.6.8 umowy z podwykonawcami
- II.1.1.7 Rozliczanie umów z NFZ:
- II.1.1.8 Możliwość ewidencji wszystkich obowiązujących uprawnień świadczeniobiorcy tj. m.in.: decyzji wójta/burmistrza, uprawnień na podstawie koordynacji z krajami UE, uprawnień świadczeniobiorców nieubezpieczonych a uprawnionych, kodów potwierdzeń statusów ubezpieczenia z systemu eWUŚ (automatycznie), oświadczeń pacjentów, legitymacji ubezpieczeniowych, legitymacji rencisty/emeryta oraz innych dokumentów będących podstawą do rozliczenia wykonanych świadczeń w ramach umów z NFZ
- II.1.1.9 Automatyczna, codzienna weryfikacja statusów ubezpieczeń z systemu eWUŚ, z możliwością określenia przez Administratora minimum 4 terminów weryfikacji w ciągu doby, dla wszystkich wizyt/badań zaplanowanych na dany dzień oraz pobytów, które się rozpoczęły, zakończyły, bądź trwają w danym dniu.
- II.1.1.10 Możliwość weryfikacji (co najmniej na zasadzie wykonania raportu) kompletności i poprawności wprowadzonych danych rozliczeniowych co najmniej w zakresie:
  - II.1.1.10.1 wprowadzenia (czy został wprowadzony) i poprawności nr PESEL,
  - II.1.1.10.2 wprowadzenia i poprawności nr REGON,
  - II.1.1.10.3 wprowadzenia i poprawności nr prawa wykonywania zawodu lekarza,
  - II.1.1.10.4 wprowadzenia na każdy dzień udzielenia świadczenia informacji o dokumentach uprawniających do udzielonych świadczeń,
  - II.1.1.10.5 potwierdzenia statusu ubezpieczenia z systemu eWUŚ,



- II.1.1.10.6 wprowadzenia co najmniej jednego kodu procedury ICD9 i kodu rozpoznania ICD10
- II.1.1.10.7 walidacja innych wartości danych zgodnie z wymaganym formatem XML w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML
- II.1.1.11 Automatyczne rejestrowanie i możliwość przeglądu w formie listy informacji o wszystkich wykonanych eksportach oraz importach komunikatów rozliczeniowych w zakresie co najmniej:
  - II.1.1.11.1 nazwa użytkownika wykonującego eksport/import,
  - II.1.1.11.2 identyfikator komputera na którym wykonywano eksport/import,
  - II.1.1.11.3 data i czas wykonania,
  - II.1.1.11.4 rodzaj/opis komunikatu,
- II.1.1.12 Do rozliczania umów z płatnikiem muszą być bezpośrednio wykorzystywane dane zaewidencjonowane z poziomu modułów/grup funkcjonalności części medycznej (nie dopuszczalna jest konieczność importu/kopiowania danych po to aby były dostępne dla modułu/grupy funkcjonalności „Rozliczenia z NFZ”)
- II.1.1.13 Możliwość weryfikacji wprowadzonych pozycji rozliczeniowych pod kątem zgodności ze stanem po wczytaniu aneksu umowy (ze wstecznym okresem obowiązywania). Musi istnieć możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych, w których znaleziono rozbieżności:
  - II.1.1.13.1 w cenie świadczenia,
  - II.1.1.13.2 w wadze efektywnej świadczenia,
  - II.1.1.13.3 w sposobie obliczania krotności i okresu sprawozdawczego,
- II.1.1.14 Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych w zakresie zmian dotyczących, w tym dla wybranego okresu:
  - II.1.1.14.1 numeru umowy,
  - II.1.1.14.2 zakresu świadczeń,
  - II.1.1.14.3 wyróżnika
  - II.1.1.14.4 świadczenia jednostkowego,
- II.1.1.15 Możliwość wprowadzenia dodatkowego poziomu kontroli zaewidencjonowanych świadczeń poprzez autoryzację przez osobę uprawnioną



- II.1.1.16 Sprawozdawczość do oddziałów NFZ w zakresie komunikacji musi odbywać się automatycznie zgodnie z wymaganiami danego oddziału NFZ
- II.1.1.17 W przypadku komunikatów, w których NFZ wymaga kompresowania lub szyfrowania danych, operacje te muszą odbywać się automatycznie w systemie
- II.1.1.18 Weryfikacja świadczeń pod kątem poprawności i kompletności wprowadzonych danych:
- II.1.1.18.1 wyszukiwanie pozycji błędnie potwierdzonych w komunikatach zwrotnych NFZ
  - II.1.1.18.2 wyszukiwanie po numerach w Księgach, w tym: głównej, oddziałowej i odmów,
  - II.1.1.18.3 wyszukiwanie zestawów bez zaewidencjonowanych procedur ICD9,
  - II.1.1.18.4 wyszukiwanie zestawów bez zaewidencjonowanych rozpoznań ICD10,
  - II.1.1.18.5 wyszukiwanie zestawów po numerze paczki, w której wyeksportowano dane do NFZ ,
  - II.1.1.18.6 wyszukiwanie po identyfikatorze/nazwie instytucji kierującej
  - II.1.1.18.7 wyszukiwanie po identyfikatorze/nazwisku personelu kierującego/ realizującego,
  - II.1.1.18.8 wyszukiwanie zestawów bez wprowadzonych pozycji rozliczeniowych,
  - II.1.1.18.9 wyszukiwanie zestawów z niekompletnymi danymi rozliczeniowymi,
  - II.1.1.18.10 wyszukiwanie pozycji rozliczeniowych, które nie zostały jeszcze rozliczone,
  - II.1.1.18.11 wyszukiwanie pozycji rozliczeniowych, które nie zostały sprawozdane,
  - II.1.1.18.12 wyszukiwanie po statusie rozliczenia,
  - II.1.1.18.13 wyszukiwanie zestawów zawierających rozliczenia ze wskazanej umowy,
  - II.1.1.18.14 wyszukiwanie zestawów zawierających wskazane świadczenie jednostkowe,
  - II.1.1.18.15 wyszukiwanie zestawów świadczeń z JGP wyznaczoną w zadanej wersji,



- II.1.1.18.16 wyszukiwanie zestawów świadczeń ratujących życie i zdrowie,
- II.1.1.18.17 wyszukiwanie zestawów świadczeń zrealizowanych dla wybranych uprawnień pacjenta,
- II.1.1.18.18 wyszukiwanie świadczeń, które zostały skorygowane, a informacja o skorygowaniu nie została sprawozdana do systemu NFZ,
- II.1.1.19 Generowanie i eksport komunikatu fazy I (komunikat SWIAD) w aktualnie obowiązującej wersji publikowanej przez NFZ
- II.1.1.20 Import potwierdzeń do danych przekazanych w komunikacie I fazy (komunikat P\_SWI)
- II.1.1.21 Import danych z pliku z szablonami rachunków (komunikat R\_UMX)
- II.1.1.22 Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością poradni.
- II.1.1.23 Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością kolejek oczekujących:
  - II.1.1.23.1 eksport komunikatu LIO CZ – informacje o statystykach kolejek oczekujących,
- II.1.1.24 Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością kolejek oczekujących:
  - II.1.1.24.1 import komunikatu P\_LIO – potwierdzenie statystyk przekazanych w komunikacie LIO CZ,
- II.1.1.25 Przegląd szablonów rachunków wygenerowanych i przekazanych przez płatnika
- II.1.1.26 Generowanie i wydruk rachunków na podstawie szablonów
- II.1.1.27 Generowanie i wydruk faktur i e-faktur na podstawie rachunków
- II.1.1.28 Generowanie i wydruk zestawień i raportów związanych ze sprawozdawczością wewnętrzną (możliwość śledzenia postępów wykonania zakontraktowanych świadczeń w ciągu trwania okresu rozliczeniowego) oraz w wybranym przedziale czasu dla poszczególnych pozycji umowy)
- II.1.1.29 Raport z wykonanych świadczeń z możliwością filtrowania następujących danych do m.in.:
  - II.1.1.29.1 numeru umowy,
  - II.1.1.29.2 zakresu miesięcy sprawozdawczych,





- II.1.1.29.3 miesiąca rozliczeniowego,
- II.1.1.29.4 jednostki realizującej,
- II.1.1.29.5 zakresu świadczeń i wyróżnika,
- II.1.1.29.6 świadczenia,
- II.1.1.29.7 numeru szablonu,
- II.1.1.29.8 rodzaju uprawnienia pacjenta do świadczeń
- II.1.1.30 Zestawienie z realizacji planu umowy,
- II.1.1.31 Zestawienie wykonań w danym okresie,
- II.1.1.32 Zestawienie wykonań narastająco,
- II.1.1.33 Zestawienie wykonań według miejsc realizacji,
- II.1.1.34 Eksport danych do popularnych formatów, co najmniej: XLS, TXT, CSV, HTML
- II.1.1.35 Sprawozdania finansowe:
  - II.1.1.35.1 zestawienie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni,
  - II.1.1.35.2 zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie przepisów o koordynacji (UE),
  - II.1.1.35.3 zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy (decyzja wójta/burmistrza),
  - II.1.1.35.4 zestawienie świadczeń udzielonych na podstawie:
    - II.1.1.35.4.1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego na podstawie:
    - II.1.1.35.4.2 za zgodą art.22
    - II.1.1.35.4.3 art. 23,
    - II.1.1.35.4.4 art. 24,
    - II.1.1.35.4.5 art. 22 ust 5,
    - II.1.1.35.4.6 art. 22 ust. 2a-2c,
    - II.1.1.35.4.7 art. 29
    - II.1.1.35.4.8 Ustawa o wychowaniu w trzeźwości
    - II.1.1.35.4.9 art. 26
    - II.1.1.35.4.10 art. 94 KK,
    - II.1.1.35.4.11 art. 203 KK



- II.1.1.35.5 zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom nieubezpieczonym, rozliczanym na podstawie art. 12 lub art. 13 ustawy
- II.1.1.35.6 wg wzoru: „załącznik nr 4 do umowy – chemioterapia”
- II.1.1.35.7 wg wzoru: „załącznik nr 4 do umowy – programy terapeutyczne”
- II.1.1.35.8 załączniki do umów poradni
- II.1.1.35.9 ewidencja faktur zakupowych
- II.1.1.36 Generowanie i eksport faktur zakupowych do NFZ (komunikat FZX)
- II.1.1.37 Import potwierżeń do faktur zakupowych (komunikat FZZ)
- II.1.1.38 Generowanie i wydruk załącznika nr 4 do umowy – ewidencja faktur zakupowych
- II.1.1.39 Obsługa sprawozdawczości w zakresie POZ
- II.1.1.40 Zapewnienie dostępu do danych o hospitalizacji dla modułu/grupy funkcjonalności „Symulator JGP”

## **II.1.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „JGP”**

- II.1.2.1 Wyznaczanie Jednorodnych Grup Pacjentów na podstawie danych hospitalizacji
- II.1.2.2 Zapewnienie sprawnego zasilania systemu w aktualne charakterystyki JGP wynikające z publikowanych Zarządzeń Prezesa NFZ,
- II.1.2.3 Wyznaczanie JGP za pomocą wbudowanego (lokalnego) grupera JGP w zakresie umów: leczenie szpitalne, rehabilitacja stacjonarna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- II.1.2.4 Wyznaczanie JGP bez ryzyka odrzucenia rozliczenia ze względu na konflikt z wcześniej wykonanymi świadczeniami - walidacje wprowadzanych świadczeń pod kątem tzw. macierzy sumowań,
- II.1.2.5 Możliwość ręcznego wyznaczenia JGP dla hospitalizacji z pominięciem grupera lokalnego i grupera NFZ
- II.1.2.6 Możliwość automatycznego przypisania JGP do pobytu na oddziale, z którego pochodzi element kierunkowy wyznaczonej JGP,



II.1.2.7 Wsteczna weryfikacja poprawności wyznaczonych wcześniej JGP z możliwością automatycznej aktualizacji JGP na poprawną uwzględniająca:

II.1.2.7.1 różnice wynikające z wczytania nowych wersji grupera, które opublikowano z wsteczną datą obowiązywania, mogące obejmować:

II.1.2.7.1.1 różnice w zaewidencjonowanych wersjach grupera,

II.1.2.7.1.2 różnice w zaewidencjonowanych taryfach,

II.1.2.7.1.3 różnice w zaewidencjonowanych JGP.

II.1.2.7.1.4 różnice wynikające z modyfikacji danych statystycznych hospitalizacji, a mające wpływ na wyznaczoną JGP:

II.1.2.7.1.5 konieczność zmiany JGP,

II.1.2.7.1.6 konieczność zmiany taryfy,

II.1.2.7.1.7 konieczność przepięcia JGP do pobytu na innym oddziale

II.1.2.8 Wyszukiwanie hospitalizacji co najmniej wg poniższych kryteriów:

II.1.2.8.1 data zakończenia hospitalizacji,

II.1.2.8.2 wersja grupera za pomocą którego wyznaczono JGP

II.1.2.8.3 kod JGP,

II.1.2.8.4 rozpoznanie główne,

II.1.2.8.5 kod procedury medycznej,

II.1.2.8.6 status rozliczenia

II.1.2.8.7 według parametrów hospitalizacji (świadczenie ratujące życie , świadczenie zwykłe),

II.1.2.8.8 leczenie udarów

II.1.2.9 Wskazanie możliwości uzyskania JGP o większej taryfie w przypadku zmiany kombinacji rozpoznań wypisowych i procedur medycznych.

II.1.2.10 Wyświetlanie maksymalnego refundowanego czasu (liczba dni) pobytu pacjenta z danym rozpoznaniem (dla właściwej JGP) oraz liczby dni pozostałych do końca tego czasu. Jeżeli pobyt zostanie przedłużony ponad limit, informacja o tym powinna być widoczna w systemie (tzn. ile dni ponad limit pacjent przebywa na oddziale).



II.1.2.11 Wsteczna weryfikacja z możliwością automatycznej aktualizacji JGP pod kątem znalezienia bardziej optymalnej JGP

### **II.1.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Sprzedaż usług medycznych”**

II.1.3.1 ZARZĄDZANIE KONTRAKTAMI I CENNIKAMI

II.1.3.2 System umożliwia definiowanie umów:

II.1.3.2.1 z podwykonawcami ,

II.1.3.2.2 z innymi podmiotami, gdzie Partner Projektu jest Podwykonawcą,

II.1.3.2.3 na świadczenie usług w ramach medycyny pracy,

II.1.3.2.4 na opiekę zdrowotną pracowników,

II.1.3.2.5 na opiekę zdrowotną pracowników i ich członków rodzin,

II.1.3.2.6 z firmami ubezpieczeniowymi,

II.1.3.2.7 indywidualnych umów na opiekę zdrowotną.

II.1.3.3 System umożliwia wprowadzanie danych umów w następującym Zakresie:

II.1.3.3.1 rodzaj klienta (korporacyjny, indywidualny),

II.1.3.3.2 okres obowiązywania Umowy,

II.1.3.3.3 data podpisania, aktywacji, wejścia w życie,

II.1.3.3.4 rozwiązania, wygaśnięcia,

II.1.3.3.5 przedmiot umowy,

II.1.3.3.6 informacje o raportach związanych z daną umową,

II.1.3.3.7 automatyczne generowanie numerów umów.

II.1.3.4 Definiowanie zakresu usług realizowanych w ramach umowy. Umowa budowana jest z pakietów usług. Dla każdego z pakietów usług istnieje możliwość zdefiniowania:

II.1.3.4.1 indywidualnej nazwy handlowej,

II.1.3.4.2 okresu dostępności pakietu usług w ramach umowy,

II.1.3.4.3 sposobu rozliczania umowy (ryczałt, cennik standardowy, cennik indywidualny),



- II.1.3.4.4 rabatów, procentowego udziału płatności pacjenta, dostępność umowy dla pacjentów (wszyscy pacjenci, zamknięta lista beneficjentów, otwarta lista).
- II.1.3.5 Definiowanie pakietów usług dla członków rodzin pracowników. Dla każdego z pakietów istnieje możliwość określenia osób uprawnionych przez podanie:
  - II.1.3.5.1 stopnia pokrewieństwa,
  - II.1.3.5.2 przedziału wieku,
  - II.1.3.5.3 liczby osób.
- II.1.3.6 Przechowywanie informacji o aneksach do umów w następującym zakresie:
  - II.1.3.6.1 numer aneksu,
  - II.1.3.6.2 data podpisania ,
  - II.1.3.6.3 data wejścia w życie,
  - II.1.3.6.4 data końcowa,
  - II.1.3.6.5 opis zmian.
- II.1.3.7 System posiada mechanizm blokowania realizacji umowy na wybrany okres czasu z podaniem powodu blokady, skutkującym brakiem możliwości odnotowania wykonania usługi w ramach umowy.
- II.1.3.8 System posiada funkcję określania zasad fakturowania Umowy. Zasady fakturowania określają sposób rozliczania umowy. Każda z zasad precyzuje:
  - II.1.3.8.1 sposób płatności abonament, ryczałt, płatne, wykonania cyklu badań,
  - II.1.3.8.2 stawka,
  - II.1.3.8.3 formę płatności,
  - II.1.3.8.4 termin płatności,
  - II.1.3.8.5 okres rozliczeniowy,
  - II.1.3.8.6 termin wystawienia faktury,
  - II.1.3.8.7 czas obowiązywania zasady fakturowania,
  - II.1.3.8.8 pakiet usług, którego dotyczy – istnieje możliwość zdefiniowania różnych zasad dla różnych pakietów usług umowy.
- II.1.3.9 Przechowywanie informacji o osobach kontaktowych po stronie kontrahenta w następującym zakresie:
  - II.1.3.9.1 imię, nazwisko,



- II.1.3.9.2 telefon, Fax, e-mail,
- II.1.3.9.3 stanowisko,
- II.1.3.9.4 zakres kontaktów,
- II.1.3.9.5 okres obowiązywania.
- II.1.3.10 Prowadzenie informacji o opiekunach umowy:
  - II.1.3.10.1 opiekun umowy,
  - II.1.3.10.2 opiekun sprzedaży.
  - II.1.3.10.3 Prowadzenie słownika opiekunów.
- II.1.3.11 Określenie terenów opieki Umowy, określających placówki objęte umową.
- II.1.3.12 System posiada mechanizm kontroli realizacji umowy i pakietu usług w umowie poprzez limitowanie, tj. :
  - II.1.3.12.1 możliwość ograniczenia liczby wykonań usług w danym okresie (tygodniowym, miesięcznym, kwartalnym, rocznym),
  - II.1.3.12.2 mechanizm liczenia limitów całkowitych i proporcjonalnych,
  - II.1.3.12.3 możliwość definiowania różnych rodzajów limitów (wykonań, kwotowych, liczby osób),
  - II.1.3.12.4 możliwość określenia bazy liczenia limitu ( na osobę, na pakiet usług),
  - II.1.3.12.5 rejestrowanie informacji o sposobie rozliczania wykonań ponad limit,
  - II.1.3.12.6 określanie okresu obowiązywania limitów.
- II.1.3.13 Przypisywanie osób uprawnionych do korzystania z Umowy – beneficjentów:
  - II.1.3.13.1 poprzez wprowadzenie indywidualnego beneficjenta, poprzez import z pliku csv w określonym w Systemie formacie.
- II.1.3.14 Możliwość przypisania następujących cech beneficjentowi:
  - II.1.3.14.1 dostępne pakiety usług z umowy,
  - II.1.3.14.2 cechy VIP skutkującą dodatkowymi uprawnieniami do korzystania z dedykowanych grafików,
  - II.1.3.14.3 numeru karty,
  - II.1.3.14.4 dla członków rodzin wskazanie głównego beneficjenta z możliwością określenia stopnia pokrewieństwa,



- II.1.3.14.5 głównej miejscowości opieki, skutkującej możliwością przyporządkowania kosztów pacjenta do centrum kosztowego.
- II.1.3.15 Istnieje możliwość definiowania tzw. pakietów usług otwartych, czyli bez konieczności podania listy beneficjentów.
- II.1.3.16 Możliwość tworzenia umów na bazie innych, wcześniej zdefiniowanych – kopiowanie umów.
- II.1.3.17 FAKTUROWANIE W OPARCIU O ZDEFINIOWANE UMOWY
- II.1.3.18 System udostępnia raport do faktur. Raport ten prezentuje faktury i skalkulowane pozycje faktur które należy wystawić w wybranym miesiącu. Pozycje faktur obliczane są według zasad określonych w definicjach umów.
- II.1.3.19 System udostępnia raporty do sporządzania załączników do faktur:
  - II.1.3.19.1 Raport dla umów świadczeń odpłatnych,
  - II.1.3.19.2 Raport dla umów abonamentowych.
- II.1.3.20 ZARZĄDZANIE CENNIKAMI
- II.1.3.21 System prowadzi rejestr cenników usług, o następujących cechach:
  - II.1.3.21.1 nazwa, kod cennika,
  - II.1.3.21.2 placówka,
  - II.1.3.21.3 okres obowiązywania,
  - II.1.3.21.4 typ cennika (płatne, Umowa),
  - II.1.3.21.5 cennik świąteczny, obowiązujący w dni robocze (System udostępnia funkcję zarządzającą dniami wolnymi),
  - II.1.3.21.6 godziny obowiązywania cennika (np. dzienne, nocne).
- II.1.3.22 System umożliwia definiowanie cenników dziennych, nocnych, świątecznych.
- II.1.3.23 System umożliwia definiowanie różnych cenników dla różnych placówek.
- II.1.3.24 System posiada mechanizm walidowania cenników, zabezpieczający przed zdefiniowaniem dwóch różnych cenników dla danej usługi obowiązujących jednocześnie w jednej placówce.
- II.1.3.25 System posiada możliwość definiowania indywidualnych cenników dla wybranych lekarzy.



- II.1.3.26 System posiada możliwość definiowania indywidualnych cenników dla wybranych umów z klientami.
- II.1.3.27 Możliwość tworzenia cenników na bazie innych, wcześniej zdefiniowanych – kopiowanie cenników.
- II.1.3.28 ZARZĄDZANIE PRODUKTEM/PAKIETEM USŁUG
- II.1.3.29 System posiada funkcję zarządzania produktami medycznymi / pakietami usług.
- II.1.3.30 Grupowania usług medycznych w produkty, z których konstruuje się Umowy.
- II.1.3.31 Budowanie produktu medycznego na podstawie zdefiniowanych wcześniej usług medycznych (opcji) lub grup usług medycznych (opcji).
- II.1.3.32 Nadanie wraz z produktem medycznym statusu VIP – wszyscy beneficjenci przypisani do tego produktu otrzymują automatycznie status VIP.
- II.1.3.33 Możliwość tworzenia pakietów usług na bazie innych, wcześniej zdefiniowanych – kopiowanie pakietów usług / produktów.
- II.1.3.34 ZARZĄDZANIE LISTĄ KONTRAHENTÓW
- II.1.3.35 Przeglądanie i filtrowanie listy kontrahentów.
- II.1.3.36 Zarządzanie kontrahentami korporacyjnymi. System zbiera następujące informacje:
  - II.1.3.36.1 nazwa firmy,
  - II.1.3.36.2 adres,
  - II.1.3.36.3 grupa kapitałowa,
  - II.1.3.36.4 oddziały firmy,
  - II.1.3.36.5 NIP,
  - II.1.3.36.6 REGON,
  - II.1.3.36.7 KRS,
  - II.1.3.36.8 branża,
  - II.1.3.36.9 numer dłużnika.
- II.1.3.37 Zarządzanie kontrahentami indywidualnymi:
  - II.1.3.37.1 imię i nazwisko,
  - II.1.3.37.2 adres,
  - II.1.3.37.3 NIP,





II.1.3.37.4 numer dłużnika.

#### **II.1.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „Symulator JGP”**

- II.1.4.1 Wstępne zasilenie symulatora danymi z wybranej hospitalizacji
- II.1.4.2 Możliwość sprawnej modyfikacji danych w symulatorze i obserwacja wpływu zmian na wyznaczone JGP:
  - II.1.4.2.1 modyfikacja danych pacjenta (wiek, płeć),
  - II.1.4.2.2 modyfikacja danych hospitalizacji (data przyjęcia, data wypisu, tryb przyjęcia, tryb wypisu, tryb i charakter hospitalizacji),
  - II.1.4.2.3 dodanie lub usunięcie pobytu,
  - II.1.4.2.4 modyfikacja danych pobytu (data przyjęcia, data wypisu, cz. VIII kodu resortowego komórki, kod świadczenia, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznania współistniejące, procedury medyczne (daty wykonania)
- II.1.4.3 Wyróżnianie kolorami danych hospitalizacji nieistotnych z punktu widzenia wyznaczenia JGP
- II.1.4.4 Możliwość określenia wersji grupera za pomocą którego wyznaczone zostaną JGP
- II.1.4.5 Domyślna wersja grupera uwzględniana przez symulator wynika z daty zakończenia hospitalizacji,
- II.1.4.6 Możliwość dowolnego wyboru (z zarejestrowanych w systemie) do symulacji wersji grupera
- II.1.4.7 Wskazywanie JGP z podziałem na:
  - II.1.4.7.1 JGP, dla której hospitalizacja spełnia warunki wyboru,
  - II.1.4.7.2 JGP, dla których hospitalizacja nie spełnia warunków,
  - II.1.4.7.3 JGP, które istnieją w planie umowy świadczeniodawcy,
- II.1.4.8 Wyróżnienie kolorem pozycji w celu odzwierciedlenia ważności wyznaczonych JGP z punktu widzenia świadczeniodawcy (np. istniejących w planie umowy a tym samym możliwych do rozliczenia)
- II.1.4.9 W przypadku wskazania JGP do których pacjent mógłby zostać zakwalifikowany jednak nie zostały spełnione wszystkie warunki - wskazanie tych warunków



II.1.4.10      Możliwość przeglądu podstawowych informacji o wybranej JGP:

II.1.4.10.1    wartości taryf dla poszczególnych trybów hospitalizacji,

II.1.4.10.2    Parametry związane z mechanizmem osobodni (liczba dni finansowana grupa, taryfa dla hospitalizacji trwających < 2 dni, wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą),

II.1.4.10.3    Parametry JGP (warunki, które musi spełniać hospitalizacja),

II.1.4.11      Wykorzystanie planu umowy dla JGP w przypadku, gdy JGP istnieje w umowie ,

II.1.4.12      Prezentacja wykresów ilustrujących zależność naliczonych taryf od czasu hospitalizacji pacjenta

## **II.1.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „Izba Przyjęć”**

II.1.5.1      Obsługa skorowidza pacjentów, wspólnego dla pozostałych modułów/grup funkcjonalności medycznej części systemu

II.1.5.2      Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, co najmniej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, nazwisko poprzednie, PESEL, data urodzenia, PESEL opiekuna,

II.1.5.3      Rejestracja i modyfikacja danych osobowych pacjentów,

II.1.5.4      Ewidencja zmian danych osobowych i daty od kiedy obowiązują nowe dane (np. zmiana miejsca zamieszkania, zmiana nazwiska, itp.) z zachowaniem całej historii zmian danych.

II.1.5.5      Możliwość zastosowania kart identyfikacyjnych do wyszukania pacjenta w systemie

II.1.5.6      Przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych wizyt w przychodni, pobytów szpitalnych, wizyt w zakładach diagnostycznych, laboratoriach i wyników badań.

II.1.5.7      Rejestracja przyjęcia pacjenta w izbie przyjęć:

II.1.5.7.1     możliwość wprowadzenia danych o rozpoznaniu,

II.1.5.7.2     możliwość wprowadzenia danych ze skierowania,

II.1.5.7.3     możliwość wprowadzenia danych płatnika,

II.1.5.7.4     możliwość zlecenia/wykonania podstawowych badań diagnostycznych,



- II.1.5.7.5 procedura stosowania środków przymusu bezpośredniego,
- II.1.5.7.6 możliwość ewidencji danych dotyczących pobytu pacjenta w izbie przyjęć, co najmniej:
  - II.1.5.7.6.1 wywiad wstępny,
  - II.1.5.7.6.2 wykonane pacjentowi elementy leczenia (zlecenia):
    - II.1.5.7.6.2.1 procedury,
    - II.1.5.7.6.2.2 leki,
    - II.1.5.7.6.2.3 konsultacje.
- II.1.5.8 System musi posiadać możliwość blokowania przyjęcia pacjenta, z możliwością obejścia tej blokady przez użytkownika, którego poprzedni pobyt w szpitalu nie został jeszcze zakończony.
- II.1.5.9 Obsługa listy pacjentów przebywających w izbie przyjęć:
  - II.1.5.9.1 wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych kryteriów, co najmniej:
    - II.1.5.9.1.1 nazwisko i imię,
    - II.1.5.9.1.2 nr PESEL,
    - II.1.5.9.1.3 nr w Księdze izby przyjęć,
    - II.1.5.9.1.4 kody rozpoznań wstępnych (ICD10),
    - II.1.5.9.1.5 lekarz badający,
    - II.1.5.9.1.6 pacjenci oczekujący na obsłużenie, pacjenci na obserwacji, pacjenci skierowani w oddział (oczekujący na przyjęcie w oddział)
    - II.1.5.9.1.7 status potwierdzenia w systemie eWUŚ,
- II.1.5.10 Rejestracja opuszczenia izby przyjęć przez pacjenta w jednym z trybów:
  - II.1.5.10.1 skierowanie/cofnięcie skierowania na oddział - ustalenie trybu przyjęcia, form płatności, wydruk pierwszej strony historii choroby, itp.),
  - II.1.5.10.2 odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala – wpis do Księgi odmów i porad ambulatoryjnych, z możliwością zaplanowania późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Księgi oczekujących i kolejki oczekujących,
  - II.1.5.10.3 zgon pacjenta w izbie przyjęć,



- II.1.5.10.4 skierowanie pacjenta do innej placówki ochrony zdrowia.
- II.1.5.11 Ewidencja danych do rozliczenia kontraktowanych świadczeń z płatnikiem,
- II.1.5.12 Ewidencja usług rozliczanych komercyjnie
- II.1.5.13 Generowanie i możliwość wydruku dokumentów izby przyjęć:
  - II.1.5.13.1 karta wypisowa,
  - II.1.5.13.2 karta odmowy,
  - II.1.5.13.3 skierowanie do innej placówki leczniczej,
- II.1.5.14 Możliwość wydruku danych identyfikacyjnych pacjenta na drukarkach opasek nadgarstkowych i drukarkach etykiet
- II.1.5.15 Obsługa Ksiąg:
  - II.1.5.15.1 Księga główna,
  - II.1.5.15.2 Księga izby przyjęć,
  - II.1.5.15.3 Księga oczekujących,
  - II.1.5.15.4 Księga odmów i porad ambulatoryjnych,
  - II.1.5.15.5 Księga zgonów.
- II.1.5.16 Pełna automatyczna współpraca z podsystemem/modułem/grupą funkcjonalności „Apteczka oddziałowa” w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów oraz automatycznej aktualizacji stanów magazynowych.
- II.1.5.17 Współpraca z pozostałymi podsystemami/modułami/grupami funkcjonalności medycznej części systemu w zakresie wzajemnego udostępniania danych dotyczących zleceń i danych o ich wykonaniu.
- II.1.5.18 System umożliwia obsługę deklaracji zgody na przyjęcie i leczenie
- II.1.5.19 System umożliwia obsługę depozytu.
- II.1.5.20 System umożliwia obsługę oddziału przyjęciowego.
- II.1.5.21 System umożliwia obsługę przyjęcia bez zgody (postanowienie sądu, zobowiązanie do leczenia odwykowego i przyjęcia a art. 22, 23, 24, 29 UoOZP)
- II.1.5.22 System umożliwia obsługę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR)
- II.1.5.23 Czynności analityczno-sprawozdawcze:
- II.1.5.24 Wbudowane standardowe szablony raportów, co najmniej:



- II.1.5.24.1 ruch chorych izby przyjęć – osobowy (w zadanym okresie czasu: dzienny, tygodniowy, miesięczny, dowolny),
- II.1.5.24.2 ruch chorych izby przyjęć – sumaryczny (w zadanym okresie czasu: dzienny, tygodniowy, miesięczny, dowolny).
- II.1.5.25 Możliwość wprowadzenia informacji o trybie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
- II.1.5.26 W przypadku przyjęcia przymusowego możliwość wprowadzenia podstawy przyjęcia zgodnie z art. 22 ust. 2, art. 22 ust 5, art. 23, art. 24 oraz z art. 29 ustawy wraz z informacjami dodatkowymi wymaganymi do odpowiednio wskazanej podstawy przyjęcia. Możliwość wyrażenia opinii odnośnie przyjęcia bez zgody przez innego (niż przyjmujący) lekarza psychiatrę lub psychologa.
- II.1.5.27 Możliwość wydruku: Rejestru osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego zgodnie z załącznikiem nr 4 do Rozporządzenia MZ z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.
- II.1.5.28 Możliwość ewidencjonowania danych karty statystycznej psychiatrycznej Mz/Szp-11B zgodnie ze wzorem karty Mz/Szp-11B określonym w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2013 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2014 (Dz. U. z 2013 r. poz. 1159) oraz Instrukcją wypełniania karty, opisem pól, formatem danych przekazywanych elektronicznie udostępnianym przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- II.1.5.29 Możliwość wprowadzenia danych o stosowaniu przymusu bezpośredniego zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.
- II.1.5.30 Wydruk zawiadomienia kierownika jednostki o zastosowaniu przymusu, wydruk karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji.
- II.1.5.31 Możliwość korzystania (dostępność) z wybranych szablonów raportów zdefiniowanych w module/grupie funkcjonalności „Wykazy i zestawienia”

## **II.1.6 Moduł/grupa funkcjonalności: „Oddział szpitalny”**

- II.1.6.1 Obsługa listy pacjentów przebywających w oddziale:



- II.1.6.1.1 wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych kryteriów, co najmniej:
  - II.1.6.1.1.1 nazwisko i imiona,
  - II.1.6.1.1.2 nr PESEL,
  - II.1.6.1.1.3 nr Księgi głównej,
  - II.1.6.1.1.4 nr Księgi oddziałowej,
  - II.1.6.1.1.5 odcinek oddziałowy,
  - II.1.6.1.1.6 kody rozpoznań (ICD10),
  - II.1.6.1.1.7 lekarz prowadzący,
  - II.1.6.1.1.8 pacjenci oczekujący na przyjęcie w oddział (skierowani z izby przyjęć),
  - II.1.6.1.1.9 pacjenci przebywający na przepustce,
  - II.1.6.1.1.10 status potwierdzenia w systemie eWUŚ
- II.1.6.1.2 modyfikacja danych osobowych pacjentów z listy oddziałowej.
- II.1.6.2 Możliwość ewidencji zmian danych osobowych i daty od kiedy obowiązują nowe dane (np. zmiana miejsca zamieszkania, zmiana nazwiska, itp.)
- II.1.6.3 Przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych wizyt w przychodni, pobytów szpitalnych, wizyt w zakładach diagnostycznych i wyników badań.
- II.1.6.4 Możliwość odmowy i anulowania przyjęcia pacjenta w oddział skierowanego z izby przyjęć (wycofanie pacjenta z listy oddziału i ponowne wpisanie na listę pacjentów przebywających w izbie przyjęć),
- II.1.6.5 Możliwość planowania późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Księgi oczekujących oddziału,
- II.1.6.6 Rejestracja przyjęcia pacjenta w oddział:
  - II.1.6.6.1 nadanie numeru Księgi oddziałowej – automatycznie lub wpisanie przez użytkownika,
  - II.1.6.6.2 wprowadzenie danych lekarza prowadzącego,
- II.1.6.7 Możliwość modyfikacji danych płatnika,
- II.1.6.8 Możliwość wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinek oddziałowy, łóżko,



- II.1.6.9           Możliwość wprowadzenie danych o rodzaju hospitalizacji do celów statystycznych, np. całodobowa z zabiegiem operacyjnym, dzienna z bez zabiegów i badan laboratoryjnych, itp.
- II.1.6.10        Ewidencja elementów pobytu pacjenta w oddziale:
  - II.1.6.10.1      wywiad z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub zdefiniowanych formularzy
  - II.1.6.10.2      rozpoznanie: wstępne, końcowe, przyczyna zgonu (wg ICD-10 statystycznie i oraz opisowo),
  - II.1.6.10.3      wykonane pacjentowi elementy leczenia (zlecenia):
  - II.1.6.10.4      procedury, w tym zabiegi i terapie:
    - II.1.6.10.4.1     badania diagnostyczne
    - II.1.6.10.4.2     zużycie produktów leczniczych oraz zużycie wyrobów medycznych (np. leki, krew, sprzęt jednorazowego użytku, materiały opatrunkowe, klisze/elektroniczne nośniki danych itp.),
    - II.1.6.10.4.3     podane leki,
    - II.1.6.10.4.4     konsultacje,
    - II.1.6.10.4.5     przepustki,
    - II.1.6.10.4.6     treningi umiejętności społecznych w warunkach domowych
    - II.1.6.10.4.7     jednostki rozliczeniowe w ramach NFZ
    - II.1.6.10.4.8     zmian lekarza prowadzącego, w tym w odniesieniu do jednostek rozliczeniowych (osobodni)
- II.1.6.11        Możliwość ewidencji danych o wzroście i wadze pacjenta z automatycznym wyliczeniem BMI
- II.1.6.12        Obsługa raportów pielęgniarstwa (ewidencja wykonanych procedur pielęgniarstwa, wydruk raportów), karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej (ICMP – międzynarodowa klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej: karta wywiadu, karta oceny stanu psychofizycznego, lista diagnoz, interwencji i oceny
- II.1.6.13        Obsługa raportów z dyżurów lekarskich (prowadzenie obserwacji, wydruk raportu)
- II.1.6.14        Rejestracja opuszczenia oddziału przez pacjenta w jednym z trybów:
  - II.1.6.14.1      przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta w inny oddział,



- II.1.6.14.2 przeniesienie pacjenta w trybie nagłym w inny oddział (bez konieczności uzupełnienia danych wypisowych z poprzedniego oddziału),
- II.1.6.14.3 wypis pacjenta ze szpitala,
- II.1.6.14.4 samowolne oddalenie, możliwość generowania raportu o samowolnym oddaleniu się pacjenta,
- II.1.6.14.5 zgon pacjenta w oddziale,
- II.1.6.14.6 zgon pacjenta w oddziale,
- II.1.6.15 Możliwość odnotowania faktu wydania pacjentowi/osobie upoważnionej, druków, zaświadczeń, skierowań, karty depozytowej itp.,
- II.1.6.16 Możliwość autoryzacji danych z pobytu w oddziale (autoryzacja wypisu),
- II.1.6.17 Ewidencja danych do rozliczenia kontraktowanych produktów z płatnikiem, w tym rozliczanie kart TISS28,
- II.1.6.18 Prowadzenie i możliwość wydruku historii choroby w podziale na:
  - II.1.6.18.1 dane dot. przyjęcia,
  - II.1.6.18.2 wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo),
  - II.1.6.18.3 karta wywiadu epidemiologicznego i oceny ryzyka wystąpienia zakażenia
  - II.1.6.18.4 przebieg choroby (przebieg leczenia)
  - II.1.6.18.5 epikryza (z możliwością wykorzystania słownika tekstów standardowych lub definiowanych formularzy ).
  - II.1.6.18.6 kart zleceń
  - II.1.6.18.7 kart indywidualnej opieki pielęgniarstwa,
  - II.1.6.18.8 dokumentacja stosowania środków przymusu bezpośredniego
  - II.1.6.18.9 konsultacji ,
  - II.1.6.18.10 wyników badań laboratoryjnych , diagnostycznych / MR, TK, EMG, EEG, ENG, Rtg, USG, USG doppler,
  - II.1.6.18.11 kart zgód na wykonane zabiegi
  - II.1.6.18.12 diety żywieniowej
  - II.1.6.18.13
- II.1.6.19 Możliwość wygenerowania i wydruku na podstawie wprowadzonych danych co najmniej nast. dokumentów:





- II.1.6.19.1 karta wypisowa,
- II.1.6.19.2 karta statystyczna,
- II.1.6.19.3 karta leczenia psychiatrycznego,
- II.1.6.19.4 karta rejestracji zakażenia szpitalnego,
- II.1.6.19.5 karta rejestracji czynnika alarmowego
- II.1.6.19.6 ZLK – 1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej (na podstawie – Rozporządzenie MZ
- II.1.6.19.7 ZLK – 2 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy– Rozporządzenie MZ
- II.1.6.19.8 ZLK – 3 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia przenoszona drogą płciową (na podstawie – Rozporządzenie MZ
- II.1.6.19.9 ZLK – 4 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia HIV/zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS (na podstawie – Rozporządzenie MZ
- II.1.6.19.10 ZLK – 5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu\* z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej - Rozporządzenie MZ
- II.1.6.19.11 „MZ/N-1 a Karta zgłoszenia nowotworu złośliwego
- II.1.6.19.12 karta zgłoszenia choroby zakaźnej,
- II.1.6.19.13 karta zgonu,
- II.1.6.19.14 karta TISS28,
- II.1.6.19.15 karta depozytowa,
- II.1.6.19.16 zaświadczenie o pobycie i leczeniu psychiatrycznym
- II.1.6.19.17 zaświadczenie o pobycie na oddziale neurologii,
- II.1.6.19.18 ocenę ryzyka związanego ze stanem odżywiania, NRS 2002
- II.1.6.19.19 karta leczenia żywieniowego
- II.1.6.19.20 karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego
- II.1.6.19.21 karta pomiaru stężenia glukozy we krwi,
- II.1.6.19.22 karta monitorowania wklucia obwodowego,
- II.1.6.19.23 karta monitorowania pacjenta z cewnikiem w pęcherzu moczowym



- II.1.6.19.24 karta monitorowania włączenia centralnego,
- II.1.6.19.25 dokumentacja dotycząca profilaktyki odleżyn
- II.1.6.19.26 karta ścisłej obserwacji
- II.1.6.19.27 karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego
- II.1.6.19.28 ocena ryzyka upadku
- II.1.6.19.29 karta bilans płynów
- II.1.6.20 Obsługa Ksiąg:
  - II.1.6.20.1 Księga główna,
  - II.1.6.20.2 Księga oddziałowa,
  - II.1.6.20.3 Księga oczekujących,
  - II.1.6.20.4 Księga zgonów,
  - II.1.6.20.5 Księga noworodków,
  - II.1.6.20.6 Księga zabiegów.
- II.1.6.21 Obsługa wydruków recept,
- II.1.6.22 Pełna automatyczna współpraca z podsystemem/modułem/grupą funkcjonalności „Apteczka oddziałowa” w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów oraz automatycznej aktualizacji stanów magazynowych.
- II.1.6.23 Współpraca z pozostałymi podsystemami/modułami/grupami funkcjonalności medycznej części systemu w zakresie wzajemnego udostępniania danych dotyczących zleceń i danych o ich wykonaniu.
- II.1.6.24 Możliwość wprowadzenia informacji o trybie przyjęcia do szpitala zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych
- II.1.6.25 Możliwość wprowadzenia informacji o trybie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
- II.1.6.26 W przypadku przyjęcia przymusowego możliwość wprowadzenia podstawy przyjęcia zgodnie z art. 22 ust. 2, art. 22 ust 5, art. 23, art. 24 oraz z art. 29 ustawy lub podstawy zatrzymania w szpitalu wbrew woli wraz z informacjami dodatkowymi wymaganymi do odpowiednio wskazanej podstawy przyjęcia/zatrzymania. Możliwość



- wyrażenia opinii odnośnie przyjęcia/zatrzymania bez zgody przez innego (niż przyjmujący/zatrzymujący) lekarza psychiatrę lub psychologa.
- II.1.6.27      Możliwość zatwierdzenia przyjęcia/zatrzymania bez zgody przez ordynatora oddziału.
  - II.1.6.28      Wydruk załączników 2-6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.
  - II.1.6.29      W przypadku przyjęcia na podstawie art. 24 system przypomina o konieczności postawienia diagnozy przed upływem 10 dni.
  - II.1.6.30      Możliwość ewidencjonowania informacji o wysłuchaniu przez sąd pacjenta przebywającego bez zgody, informacji o odbytych rozprawach, ewidencji postanowień sądowych.
  - II.1.6.31      Możliwość ewidencjonowania danych karty statystycznej psychiatrycznej Mz/Szp-11B zgodnie ze wzorem karty Mz/Szp-11B określonym w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2013 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2014 (Dz. U. z 2013 r. poz. 1159) oraz Instrukcją wypełniania karty, opisem pól, formatem danych przekazywanych elektronicznie udostępnianym przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.
  - II.1.6.32      W przypadku następujących trybów przyjęcia karty psychiatrycznej: przyjęcie na podstawie kodeksu karnego - środek zabezpieczający (art. 94 lub 96 kk); przyjęcie na podstawie kodeksu postępowania karnego - obserwacja (art. 203) możliwość wprowadzenia postanowień sądowych i opinii sądowo psychiatrycznych.
  - II.1.6.33      W przypadku pobytu na podstawie art. 94 lub 96 kk możliwość wprowadzenia daty kolejnej opinii i liczby dni przed tą datą, gdy system alarmuje konieczność wydania opinii.
  - II.1.6.34      Możliwość ewidencjonowania stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.
  - II.1.6.35      Wydruk zawiadomienia kierownika jednostki o zastosowaniu przymusu, wydruk karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji.
  - II.1.6.36      Możliwość przyjęcia pacjenta bezpośrednio przez Oddział do szpitala.
  - II.1.6.37      Możliwość przyjmowania pacjentów na turnusy.



II.1.6.38 Odmowa lub anulowanie przyjęcia na Oddział – wycofanie danych pacjenta na Izbę Przyjęć.

II.1.6.38.1 Możliwość wypełniania i wydruku standardowych druków zewnętrznych:

II.1.6.38.2 Karta Statystyczna,

II.1.6.38.3 Karta Psychiatryczna,

II.1.6.39 Czynności analityczno-sprawozdawcze:

II.1.6.40 Wbudowane standardowe szablony raportów, co najmniej:

II.1.6.40.1 zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dienne, tygodniowe, miesięczne, za dowolny okres),

II.1.6.40.2 ilość osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie,

II.1.6.40.3 obłożenie łóżek na dany moment,

II.1.6.40.4 diety podane pacjentom oddziału,

II.1.6.40.5 lista pacjentów przebywających na oddziale na dany moment,

II.1.6.40.6 zestawienie pacjentów z rozróżnieniem poziomu odpłatności,

II.1.6.40.7 zestawienie pacjentów dla których zbliża się termin zmiany poziomu odpłatności, wartość wyprzedzenia konfigurowalna przez Partnera Projektu,

II.1.6.41 Możliwość korzystania (dostępność) z przygotowanych szablonów raportów zdefiniowanych w module Administracja.

II.1.6.41.1 Możliwość wprowadzenia informacji o trybie przyjęcia do szpitala zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

II.1.6.41.2 Możliwość wprowadzenia informacji o trybie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

II.1.6.41.3 W przypadku przyjęcia przymusowego możliwość wprowadzenia podstawy przyjęcia zgodnie z art. 22 ust. 2, art. 22



ust 5, art. 23, art. 24 oraz z art. 29 ustawy lub podstawy zatrzymania w szpitalu wbrew woli wraz z informacjami dodatkowymi wymaganymi do odpowiednio wskazanej podstawy przyjęcia/zatrzymania. Możliwość wyrażenia opinii odnośnie przyjęcia/zatrzymania bez zgody przez innego (niż przyjmujący/zatrzymujący) lekarza psychiatrę lub psychologa.

II.1.6.41.4 Możliwość zatwierdzenia przyjęcia/zatrzymania bez zgody przez ordynatora oddziału.

II.1.6.41.5 Wydruk załączników 2-6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

II.1.6.41.6 W przypadku przyjęcia na podstawie art. 24 system przypomina o konieczności postawienia diagnozy przed upływem 10 dni.

II.1.6.41.7 Możliwość ewidencjonowania informacji o wysłuchaniu przez sąd pacjenta przebywającego bez zgody, informacji o odbytych rozprawach, ewidencji postanowień sądowych.

II.1.6.41.8 Możliwość ewidencjonowania danych karty statystycznej psychiatrycznej Mz/Szp-11B zgodnie ze wzorem karty Mz/Szp-11B określonym w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2013 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2014 (Dz. U. z 2013 r. poz. 1159) oraz Instrukcją wypełniania karty, opisem pól, formatem danych przekazywanych elektronicznie udostępnianym przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.

II.1.6.41.9 W przypadku następujących trybów przyjęcia karty psychiatrycznej: przyjęcie na podstawie kodeksu karnego - środek zabezpieczający (art. 94 lub 96 kk); przyjęcie na podstawie kodeksu postępowania karnego - obserwacja (art. 203) możliwość wprowadzenia postanowień sądowych i opinii sądowo psychiatrycznych.

II.1.6.41.10 W przypadku pobytu na podstawie art. 94 lub 96 kk możliwość wprowadzenia daty kolejnej opinii i liczby dni przed tą datą, gdy system alarmuje konieczność wydania opinii.

II.1.6.41.11 Możliwość ewidencjonowania stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i



dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

II.1.6.41.12 Wydruk zawiadomienia kierownika jednostki o zastosowaniu przymusu, wydruk karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji.

II.1.6.41.13 Możliwość przyjęcia pacjenta bezpośrednio przez Oddział do szpitala.

II.1.6.41.14 Możliwość przyjmowania pacjentów na turnusy.

II.1.6.41.15 Odmowa lub anulowanie przyjęcia na Oddział – wycofanie danych pacjenta na Izbę Przyjęć.

II.1.6.41.16 Możliwość wypełniania i wydruku standardowych druków zewnętrznych:

II.1.6.41.16.1 Karta Statystyczna,

II.1.6.41.16.2 Karta Psychiatryczna,

### **II.1.7 Moduł/grupa funkcjonalności: „Żywnienie”**

II.1.7.1 Moduł umożliwia definiowanie diet żywnościowych, min.: ogólnej, lekkostrawnej cukrzycowej mielonej, kielich trzustkowej, wątrobowej, wrzodowej, bezmlecznej, bezglutenowej, wysokobiałkowej, bezmięsnej, bezsolnej, kleik, bez wieprzowiny, wysokokalorycznej, bogatoresztkowej itd.

II.1.7.2 Moduł umożliwia wprowadzenie uwag dla diety, dla każdego pacjenta oddzielnie, min.150 znaków.

II.1.7.3 Moduł umożliwia konfigurację minimalnej i maksymalnej wartości odżywczej w danej diecie.

II.1.7.4 Moduł umożliwia ewidencjonowanie posiłków w ramach danej diety na każdy dzień roku.

II.1.7.5 Tworzenie raportu z zamówieniem na posiłki dla chorych i pracowników dla każdej zamawiającej jednostki, raportu dla grupy jednostek oraz dla całego szpitala wg. wzorca Partnera Projektu. Liczba zamawianych posiłków w ramach diety może być różna. W zapotrzebowaniu uwzględniane są uwagi nt. diety (pkt. 2). Istnieje możliwość edycji treści uwag z zamówień tworzonych przez jednostki zamawiające.

II.1.7.6 Tworzenie raportów w jednostkach Partner Projektach z wykorzystaniem danych z ruchu chorych.



- II.1.7.7      Możliwość elektronicznego składania raportów i ich korekt z jednostek Partner Projektach.
- II.1.7.8      Ewidencja korekt raportów z konfigurowanym ograniczeniem czasowym ich składania.
- II.1.7.9      Możliwość drukowania jadłospisu dla każdej diety oddzielnie.
- II.1.7.10     Generowanie rozdzielnika kosztów żywienia w rozbiciu na jednostki zamawiające.
- II.1.7.11     Możliwość drukowania wartości składników odżywczych dla posiłków jadłospisu i dla diet w jadłospisie.
- II.1.7.12     Możliwość ewidencji zapotrzebowania na produkty przeznaczone na wykonywanie prób żywnościowych.

### **II.1.8 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rehabilitacja”**

- II.1.8.1      Rejestracja/przyjęcie pacjenta na podstawie skierowania,
- II.1.8.2      Definiowanie listy zdarzeń medycznych / elementów leczenia dla miejsca wykonania,
- II.1.8.3      Prowadzenie klasyfikacji warunków wykonywania rehabilitacji:
  - II.1.8.3.1     rehabilitacja ambulatoryjna,
  - II.1.8.3.2     rehabilitacja oddziału dziennego,
  - II.1.8.3.3     rehabilitacja stacjonarna.
- II.1.8.4      Obsługa skorowidza pacjentów, wspólnego dla pozostałych modułów/grup funkcjonalności medycznej części systemu
- II.1.8.5      Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, co najmniej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, nazwisko poprzednie, PESEL, data urodzenia, PESEL opiekuna,
- II.1.8.6      Rejestracja i modyfikacja danych osobowych pacjentów,
- II.1.8.7      Ewidencja zmian danych osobowych i daty od kiedy obowiązują nowe dane (np. zmiana miejsca zamieszkania, zmiana nazwiska, itp.),
- II.1.8.8      Możliwość zastosowania kart identyfikacyjnych do wyszukania pacjenta w systemie,
- II.1.8.9      Zarządzanie słownikami stanowisk i urzędzeń rehabilitacyjnych,
- II.1.8.10     Zarządzanie grafikami i terminarzami:



- II.1.8.10.1 personelu,
- II.1.8.10.2 pomieszczeń,
- II.1.8.10.3 stanowisk i urzędzeń rehabilitacyjnych,
- II.1.8.11 Możliwość określenia warunków dostępności świadczeń poprzez przypisanie odpowiednich kategorii zasobów typu:
  - II.1.8.11.1 personel,
  - II.1.8.11.2 pomieszczenie,
  - II.1.8.11.3 stanowisko rehabilitacyjne,
- II.1.8.12 Możliwość określenia standardowych czasów trwania wizyty/porady pierwszorazowej i kontrolnej,
- II.1.8.13 Możliwość automatycznego nadawania priorytetu pilności dla wizyty pacjenta na podstawie danych z rozpoznania ze skierowania,
- II.1.8.14 Możliwość przypisania lekarza prowadzącego i terapeuty prowadzącego
- II.1.8.15 Planowanie elementów programu rehabilitacyjnego w terminarzach terapeutów, pomieszczeń, stanowisk rehabilitacyjnych i w karcie zabiegowej pacjenta z uwzględnieniem preferencji pacjenta,
- II.1.8.16 Wprowadzenie i obsługa programu rehabilitacji dla pacjenta,
- II.1.8.17 Możliwość drukowania planu zabiegów,
- II.1.8.18 Możliwość anulowania całego programu lub wybranych jego elementów lub niezrealizowanych zabiegów z jednoczesnym anulowaniem rezerwacji zasobów ( tj. personel, pomieszczenia, stanowiska rehabilitacyjne)
- II.1.8.19 Możliwość obsługi porady/wizyty uprzednio zaplanowanej lub z pominięciem planowania,
- II.1.8.20 Możliwość definiowania własnych formularzy dokumentacji medycznej,
- II.1.8.21 Obsługa indywidualnej dokumentacji medycznej dla pacjenta,
- II.1.8.22 Możliwość stosowania tekstów standardowych do opisu porad/wizyt,
- II.1.8.23 Możliwość wprowadzanie zleceń (diagnostyka, laboratorium), skierowań, recept,
- II.1.8.24 Prowadzenie ewidencji zrealizowanych świadczeń, czasu trwania porady/wizyty,
- II.1.8.25 Możliwość przeglądania:





- II.1.8.25.1 archiwalnych programów rehabilitacji pacjenta,
- II.1.8.25.2 archiwalnych zleceń i wyników badań,
- II.1.8.26 Możliwość przeglądania:
  - II.1.8.26.1 terminarza gabinetu na dany dzień (tydzień, miesiąc)
  - II.1.8.26.2 terminarza terapeuty na dany dzień (tydzień, miesiąc)
  - II.1.8.26.3 terminarza stanowiska rehabilitacyjnego nadany dzień (tydzień, miesiąc)
- II.1.8.27 Potwierdzenie wykonania zabiegu w karcie zabiegowej pacjenta,
- II.1.8.28 Automatyczne tworzenie karty informacyjnej rehabilitacji dziennej,
- II.1.8.29 Kwalifikacja rozliczeniowa usługi i świadczenia z NFZ,
- II.1.8.30 Współpraca z podsystemem/modułem/grupą funkcjonalności „Finanse-Księgowość” w zakresie obsługi dokumentów sprzedaży.

### **II.1.9 Moduł/grupa funkcjonalności: „Statystyka medyczna”**

- II.1.9.1 Obsługa skorowidza pacjentów, wspólnego dla pozostałych modułów/grup funkcjonalności medycznej części systemu
- II.1.9.2 Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, co najmniej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, nazwisko poprzednie, PESEL, data urodzenia, PESEL opiekuna,
- II.1.9.3 Rejestracja i modyfikacja danych osobowych pacjentów,
- II.1.9.4 Ewidencja zmian danych osobowych i daty od kiedy obowiązują nowe dane (np. zmiana miejsca zamieszkania, zmiana nazwiska, itp.) z zachowaniem całej historii zmian danych.
- II.1.9.5 Możliwość zastosowania kart identyfikacyjnych do wyszukania pacjenta w systemie
- II.1.9.6 Możliwość wyszukiwania w bazie danych systemu pacjentów o wskazanych danych identyfikacyjnych z zakresu danych osobowych (np. imię i nazwisko, PESEL, itp.) lub danych hospitalizacji/wizyty (np. nr w Księdze głównej, zakres dat pobytu w jednostce, miejsce hospitalizacji/wizyty, itp.)
- II.1.9.7 Możliwość przeglądu wszystkich danych wybranego pacjenta w zakresie danych z poszczególnych wizyt w przychodni, pobytów



szpitalnych, wizyt w zakładach diagnostycznych i laboratoriach oraz wyników zleconych badań, konsultacji lekarskich, podanych leków i diet.

II.1.9.8       Możliwość zaznaczania/odznaczania wypisu pacjenta jako potwierdzonego w kontekście kompletności i poprawności dokumentacji i możliwość filtrowania listy pacjentów wg tego znacznika

II.1.9.9       Możliwość wydruku dla wybranego pacjenta ze skorowidza i wybranego pobytu szpitalnego co najmniej:

II.1.9.9.1       karty informacyjnej,

II.1.9.9.2       historii choroby,

II.1.9.9.3       zaświadczenia o hospitalizacji,

II.1.9.10      Standardowe wydruki:

II.1.9.10.1     karta statystyczna,

II.1.9.10.2     karta leczenia psychiatrycznego,

II.1.9.10.3     karta zakażenia szpitalnego,

II.1.9.10.4     karta zgonu,

II.1.9.11      Obsługa Ksiąg szpitalnych:

II.1.9.11.1     Księga główna,

II.1.9.11.2     Księga zgonów,

II.1.9.11.3     Księga odmów i porad ambulatoryjnych,

II.1.9.11.4     Księga oczekujących (szpitala, oddziałów),

II.1.9.11.5     Księga oddziałowa

II.1.9.12      Czynności analityczno-sprawozdawcze:

II.1.9.13      System umożliwia automatyczne generowanie zewnętrznych raportów dotyczących poszczególnych pacjentów w formie narzuconej wymogami prawnymi i sprawozdawczymi wg stanu prawnego tych wymogów obowiązującego na dzień instalacji oprogramowania, a w szczególności generowanie:

II.1.9.13.1     Karty Statystycznej Szpitala Ogólnej Mz/Szp-11,

II.1.9.13.2     Karty Nowotworowej,

II.1.9.13.3     Karty zgłoszenia choroby zakaźnej,

II.1.9.13.4     Karty psychicznej Mz/Szp-11b

II.1.9.13.5     sprawozdania ze statystyki publicznej.

II.1.9.13.6     Zaświadczeń oraz rejestrów zgodnych z rozporządzeniem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca



2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

II.1.9.13.7 Rejestru, zawiadomień, kart zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

II.1.9.14 Predefiniowane standardowe raporty, w tym:

- II.1.9.14.1 raport statystyczny oddziałów szpitalnych za zadany okres czasu,
- II.1.9.14.2 dziennik ruchu chorych,
- II.1.9.14.3 ruch chorych na wybranym oddziale w zadanym dniu,
- II.1.9.14.4 wskaźniki szpitalne za zadany okres czasu,
- II.1.9.14.5 bieżące obłożenie łóżek,
- II.1.9.14.6 liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek w zadanym okresie czasu,
- II.1.9.14.7 zestawienia wg jednostek chorobowych i czasu leczenia jednostki chorobowej (sumaryczne i osobowe) w zadanym okresie czasu,
- II.1.9.14.8 zestawienie pacjentów przyjętych w zadanym okresie czasu, którzy zostali ponownie przyjęci do Szpitala po określonej liczbie dni z tym samym rozpoznaniem wypisowym/z tą samą JGP,
- II.1.9.14.9 zestawienie podanych diet w zadanym okresie czasu,
- II.1.9.14.10 zestawienie syntetyczne/analityczne wykonanych badań laboratoryjnych w zadanym okresie czasu,
- II.1.9.14.11 zestawienie syntetyczne/analityczne wykonanych procedur wg klasyfikacji ICD9 w zadanym okresie czasu,
- II.1.9.14.12 raporty z realizacji umów z płatnikiem,
- II.1.9.14.13 Karta Statystyczna Szpitala Ogólnej Mz/Szp-11,
- II.1.9.14.14 Karta Nowotworowa,
- II.1.9.14.15 Karta zgłoszenia choroby zakaźnej,
- II.1.9.14.16 Karta psychiatryczna Mz/Szp-11b
- II.1.9.14.17 sprawozdanie ze statystyki publicznej.



- II.1.9.14.18 Zaświadczenie oraz rejestr zgodnych z rozporządzeniem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.
- II.1.9.14.19 Rejestr, zawiadomień, kart zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.
- II.1.9.15 Modyfikacja danych wymaganych Ustawą o Statystyce Publicznej, zarejestrowanych również w innych modułach/grupach.
- II.1.9.16 Generowanie z systemu danych na potrzeby sprawozdawczości wynikającej z Ustawy o Statystyce Publicznej.

## **II.2 ZAKRES: PRZYCHODNIA**

### **II.2.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Poradnia specjalistyczna”**

- II.2.1.1 Rejestracja/recepcja:
- II.2.1.2 Definiowanie szablonu pracy (terminarza) przypisanego do danego gabinetu:
  - II.2.1.2.1 określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
  - II.2.1.2.2 określenie czasu pracy dla gabinetu (z możliwością określenia domyślnych „slotów” czasowych dla pojedynczych wizyt w danym gabinecie)
  - II.2.1.2.3 określenie zakresu usług realizowanych w gabinecie
  - II.2.1.2.4 określanie ograniczeń wg instytucji kierującej (płatnika), jednostki zlecającej Partnera Projektu (Oddziału/Izby Przyjęć), ilości wykonywanych usług
- II.2.1.3 Definiowanie szablonu pracy przypisanego do danego lekarza/terapeuty:
  - II.2.1.3.1 określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
  - II.2.1.3.2 określenie czasu pracy lekarza/terapeuty, (z możliwością określenia domyślnych „slotów” czasowych dla pojedynczych wizyt dla danego lekarza)
  - II.2.1.3.3 określenie zakresu usług realizowanych przez lekarza/terapeutę w ramach umów,



- II.2.1.3.4 określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania).
- II.2.1.3.5 generowanie grafików dla lekarzy/terapeutów w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie czasu,
- II.2.1.3.6 blokada grafików (urlopy, remonty),
- II.2.1.4 Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta:
  - II.2.1.4.1 wyszukiwanie wolnych terminów dostępności wymaganych zasobów (gabinet, lekarz)
  - II.2.1.4.2 rezerwacja wybranego terminu lub „pierwszy wolny”.
  - II.2.1.4.3 prezentowanie preferowanych terminów wykonania usługi dla zgłoszeń internetowych na zasadzie określenia godzin przeznaczonych do planowania zgłoszeń internetowych np. od 10:00 do 12:00
  - II.2.1.4.4 automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta
  - II.2.1.4.5 w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji „pierwszy wolny” lub ręczny wybór terminu
  - II.2.1.4.6 rezerwacja terminów dla pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych
  - II.2.1.4.7 wstawianie terminu wizyty pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych
- II.2.1.5 Obsługa skorowidza pacjentów wspólnego dla pozostałych podsystemów/modułów/grup funkcjonalności medycznej części systemu
- II.2.1.6 Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, co najmniej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, nazwisko poprzednie, PESEL, data urodzenia, PESEL opiekuna prawnego,
- II.2.1.7 Rejestracja i modyfikacja danych osobowych pacjentów,
- II.2.1.8 Ewidencja zmian danych osobowych i daty od kiedy obowiązują nowe dane (np. zmiana miejsca zamieszkania, zmiana nazwiska, itp.),
- II.2.1.9 Możliwość zastosowania kart identyfikacyjnych do wyszukania pacjenta w systemie
- II.2.1.10 Przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych wizyt w przychodni, pobytów szpitalnych, wizyt w zakładach diagnostycznych i wyników badań.
- II.2.1.11 Rejestracja pacjenta w celu wykonania usługi:



- II.2.1.11.1 określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu lekarski/terapeutyczny) dla usług nie podlegających planowaniu i rezerwacji.
- II.2.1.11.2 zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania,
- II.2.1.11.3 możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych,
- II.2.1.11.4 możliwość realizacji zleceń wewnętrznych zleconych z innych jednostek organizacyjnych Szpitala (w oparciu o utworzone zlecenia w modułach/grupach funkcjonalności części medycznej systemu)
- II.2.1.11.5 możliwość realizacji zleceń zewnętrznych (z innych podmiotów)
- II.2.1.11.6 możliwość wprowadzenia danych dot. skierowania (co najmniej: data, skierowania, lekarz i instytucja kierująca, przedmiot zlecenia, rozpoznanie)
- II.2.1.12 Przegląd i wydruk listy zarejestrowanych pacjentów (do gabinetu, do lekarza/terapeuty).
- II.2.1.13 Obsługa kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- II.2.1.14 Obsługa wyników:
  - II.2.1.14.1 odnotowanie wydania wyniku,
  - II.2.1.14.2 wpisywanie wyników zewnętrznych (badań, konsultacji, itp.)
- II.2.1.15 Obsługa operacji kasowych dla pacjentów (IKP),
- II.2.1.16 Obsługa operacji kasowych dla kontrahentów (dostęp do kartoteki kontrahentów modułu/grupy funkcjonalności „Finanse – Księgowość”,
- II.2.1.17 Obsługa operacji kasowych dla pracowników (dostęp do kartoteki pracowników w module/grupie funkcjonalności „Finanse – Księgowość”),
- II.2.1.18 Prowadzenie raportu kasowego,
- II.2.1.19 Możliwość skojarzenia z każdym typem operacji kasowej schematu Księgowania w module/grupie funkcjonalności „Finanse – Księgowość”
- II.2.1.20 Definiowanie własnych szablonów wydruków,
- II.2.1.21 Czynności analityczno-sprawozdawcze:



- II.2.1.21.1 raport: lista zarejestrowanych pacjentów w danym okresie,
- II.2.1.21.2 raport: lista nieodbytych wizyt w danym okresie,
- II.2.1.21.3 raport: lista zaplanowanych wizyt w danym okresie,
- II.2.1.21.4 definiowanie własnych raportów
  
- II.2.1.22 Gabinet lekarski/terapeutyczny:
- II.2.1.23 Obsługa skorowidza pacjentów wspólnego dla pozostałych podsystemów/modułów/grup funkcjonalności medycznej części systemu
- II.2.1.24 Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, co najmniej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, nazwisko poprzednie, PESEL, data urodzenia, PESEL opiekuna,
- II.2.1.25 Rejestracja i modyfikacja danych osobowych pacjentów,
- II.2.1.26 Ewidencja zmian danych osobowych i daty od kiedy obowiązują nowe dane (np. zmiana miejsca zamieszkania, zmiana nazwiska, itp.),
- II.2.1.27 Planowanie i rezerwacja wizyt pacjenta:
  - II.2.1.27.1 wyszukiwanie wolnych terminów dostępności wymaganych zasobów (gabinet, lekarz, terapeuta),
  - II.2.1.27.2 rezerwacja wybranego terminu lub „pierwszy wolny”,
  - II.2.1.27.3 prezentowanie preferowanych terminów wykonania usługi dla zgłoszeń internetowych na zasadzie określenia godzin przeznaczonych do planowania zgłoszeń internetowych (np. „od 10-tej do 12-tej”),
  - II.2.1.27.4 automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta,
  - II.2.1.27.5 w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji „pierwszy wolny” lub ręczny wybór terminu,
  - II.2.1.27.6 rezerwacja terminów dla pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych,
  - II.2.1.27.7 wstawianie terminu wizyty pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych,
- II.2.1.28 Dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu
- II.2.1.29 Ewidencja momentu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (data i czas przyjęcia)



- II.2.1.30 Przegląd danych pacjenta w następujących kategoriach:
  - II.2.1.30.1 dane osobowe,
  - II.2.1.30.2 podstawowe dane medyczne (grupa krwi, uczulenia, stałe podawane leki, przebyte choroby, karta szczepień),
  - II.2.1.30.3 podstawowe dane dotyczące dotychczasowego leczenia odwykowego/ stacjonarne, dzienne, ambulatoryjne/
  - II.2.1.30.4 uprawnienia z tytułu umów,
  - II.2.1.30.5 Historia choroby (dane ze wszystkich wizyt pacjenta) ,
  - II.2.1.30.6 wyniki badań,
  - II.2.1.30.7 przegląd zaplanowanych wizyt,
  - II.2.1.30.8 wykluczenia (rozpoznanie ograniczające uprawnienia z umowy),
- II.2.1.31 Możliwość korzystania ze zdefiniowanych wcześniej wzorców dokumentacji dedykowanej dla wizyty (w zależności od kategorii medycznej wizyty),
- II.2.1.32 Możliwość zdefiniowania elementów menu w zależności od potrzeb i rodzaju gabinetu,
- II.2.1.33 Możliwość zdefiniowania wzorów dokumentów dedykowanych dla gabinetu,
- II.2.1.34 Przegląd, wprowadzanie i modyfikacja danych wizyty w następujących kategoriach:
  - II.2.1.34.1 wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
  - II.2.1.34.2 opis badania/diagnozy (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
  - II.2.1.34.3 badanie psychologiczne,
  - II.2.1.34.4 informacje ze skierowania,
  - II.2.1.34.5 skierowania, zlecenia,
  - II.2.1.34.6 planowanie i rezerwacja zleceń z wizyty,
  - II.2.1.34.7 możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych,
  - II.2.1.34.8 usługi, świadczenia w ramach wizyty,
  - II.2.1.34.9 rozpoznanie (główne, dodatkowe),
  - II.2.1.34.10 zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie),





- II.2.1.34.11 leki przepisane wg słownika leków, recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept),
- II.2.1.34.12 wystawione skierowania,
- II.2.1.34.13 leki podane podczas wizyty (pełna automatyczna współpraca z podsystemem/modułem/grupą funkcjonalności „Apteczka oddziałowa” w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów oraz automatycznej aktualizacji stanów magazynowych),
- II.2.1.34.14 zlecenia szczepień: procedury, w tym zabiegi i terapie:
  - II.2.1.34.14.1 badania diagnostyczne
  - II.2.1.34.14.2 możliwość oznaczenia podania leku jako szczepienia,
  - II.2.1.34.14.3 możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie,
  - II.2.1.34.14.4 automatyczny wpis do karty szczepień po oznaczeniu podania leku jako szczepienia,
- II.2.1.34.15 wykonane podczas wizyty drobne procedury, nie mające wpływu na rozliczenie pacjenta,
- II.2.1.34.16 inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty),
- II.2.1.35 Możliwość wprowadzenia więcej niż jednej osoby realizującej świadczenie,
- II.2.1.36 Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyty,
- II.2.1.37 Możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty,
- II.2.1.38 Możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych (wyróżnienie najczęściej wykorzystywanych pozycji słowników).
- II.2.1.39 Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie (obsługa stanowiska kasowego jak w rejestracji/recepcji)
- II.2.1.40 Obsługa zakończenia wizyty:
  - II.2.1.40.1 autoryzacja medyczna wizyty,
  - II.2.1.40.2 automatyczne tworzenie karty wizyty,



- II.2.1.40.3 autoryzacja terapeutyczna wizyty (sesja psychoterapii indywidualnej i grupowej),
- II.2.1.40.4 kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń wg zasad określonych w umowach z płatnikiem
- II.2.1.40.5 automatyczna aktualizacja Księgi głównej przychodni.
- II.2.1.41 Współpraca z pozostałymi podsystemami/modułami/grupami funkcjonalności części medycznej systemu w zakresie wzajemnego udostępniania danych zleceń i danych o ich wykonaniu
- II.2.1.42 czynności analityczno-sprawozdawcze:
  - II.2.1.42.1 raport: ilość wykonanych procedur w zadanym okresie, wg lekarzy/terapeutów, wg gabinetów
  - II.2.1.42.2 raport: ilość wykonanych zleceń w zadanym okresie, wg lekarzy/terapeutów, wg gabinetów,
  - II.2.1.42.3 raport: ilość podanych leków zadanym w okresie, wg lekarzy/terapeutów, wg gabinetów,
  - II.2.1.42.4 raport: ilość pacjentów przyjętych w zadanym okresie, wg lekarzy/terapeutów, wg gabinetów,
  - II.2.1.42.5 raport: wizyty danego pacjenta w zadanym okresie (badania, rozpoznania itp.).
- II.2.1.43 Definiowanie własnych raportów

## **II.2.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Rehabilitacja Dzienna”**

- II.2.2.1 Rejestracja/przyjęcie pacjenta na podstawie skierowania,
- II.2.2.2 Definiowanie listy zdarzeń medycznych / elementów leczenia dla miejsca wykonania,
- II.2.2.3 Prowadzenie klasyfikacji warunków wykonywania rehabilitacji:
  - II.2.2.3.1 rehabilitacja ambulatoryjna
  - II.2.2.3.2 rehabilitacja oddziału dziennego
- II.2.2.4 Obsługa skorowidza pacjentów rehabilitacji,
- II.2.2.5 Zarządzanie słownikami:
  - II.2.2.5.1 stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych,
- II.2.2.6 Zarządzanie grafikami i terminarzami:
  - II.2.2.6.1 personelu,



- II.2.2.6.2 pomieszczeń,
- II.2.2.6.3 stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych,
- II.2.2.7 Określenie warunków dostępności elementów leczenia poprzez przypisanie odpowiednich kategorii zasobów typu:
  - II.2.2.7.1 personel,
  - II.2.2.7.2 pomieszczenie,
  - II.2.2.7.3 stanowisko rehabilitacyjne
- II.2.2.8 Możliwość określenia standardowych czasów trwania wizyty/porady; pierwszorazowej i kontrolnej,
- II.2.2.9 Możliwość automatycznego nadawania priorytetu pilności dla pacjenta na podstawie danych z rozpoznania ze skierowania,
- II.2.2.10 Możliwość przypisania lekarza prowadzącego, terapeuty prowadzącego,
- II.2.2.11 Planowanie elementów leczenia programu rehabilitacyjnego w terminarzach terapeutów, pomieszczeń, stanowisk rehabilitacyjnych i w karcie zabiegowej pacjenta z uwzględnieniem preferencji pacjenta,
- II.2.2.12 Możliwość drukowania planu zabiegów,
- II.2.2.13 Dostęp do bieżącego programu rehabilitacji dla pacjenta,
- II.2.2.14 Możliwość wprowadzenia nowego programu rehabilitacji dla pacjenta,
- II.2.2.15 Możliwość anulowania całego programu lub wybranych jego elementów oraz/lub niezrealizowanych zabiegów z jednoczesnym anulowaniem rezerwacji zasobów ( tj. personel, pomieszczenia, stanowiska rehabilitacyjne),
- II.2.2.16 Możliwość obsługi porady/wizyty uprzednio zaplanowanej lub z pominięciem planowania,
- II.2.2.17 Definiowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej,
- II.2.2.18 Obsługa indywidualnej dokumentacji medycznej dla pacjenta,
- II.2.2.19 Możliwość stosowania tekstów standardowych do opisu porad/ wizyt,
- II.2.2.20 Możliwość bieżącego uzupełniania dokumentacji medycznej przez lekarza i terapeutę,
- II.2.2.21 Wprowadzanie zleceń (diagnostyka, laboratorium) z automatycznym drukowaniem skierowań,



- II.2.2.22 Prowadzenie ewidencji zrealizowanych świadczeń, czasu trwania porady/wizyty,
- II.2.2.23 Możliwość przeglądania:
  - II.2.2.23.1 wcześniejszych programów rehabilitacji pacjenta,
  - II.2.2.23.2 wcześniejszych zleceń i wyników badań,
- II.2.2.24 Możliwość wglądu do:
  - II.2.2.24.1 terminarza gabinetu na dany dzień (tydzień, miesiąc),
  - II.2.2.24.2 terminarza terapeuty na dany dzień (tydzień, miesiąc)
  - II.2.2.24.3 terminarza stanowiska rehabilitacyjnego nadany dzień (tydzień, miesiąc),
- II.2.2.25 Potwierdzenie wykonania zabiegu w karcie zabiegowej pacjenta
- II.2.2.26 Obsługa zakończenia wizyty:
  - II.2.2.26.1 automatyczne tworzenie karty informacyjnej rehabilitacji dziennej,
  - II.2.2.26.2 kwalifikacja rozliczeniowa usługi i świadczenia z NFZ,
  - II.2.2.26.3 wgląd do rozliczeń z NFZ,

## **II.3 ZAKRES: LABORATORIUM**

### **II.3.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Laboratorium analityczne i mikrobiologiczne”**

- II.3.1.1 Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, co najmniej: imię i nazwisko, PESEL, data urodzenia
- II.3.1.2 Rejestracja i modyfikacja danych osobowych pacjentów,
- II.3.1.3 Ewidencja zmian danych osobowych i daty od kiedy obowiązują nowe dane (np. zmiana miejsca zamieszkania, zmiana nazwiska, itp.),
- II.3.1.4 Możliwość zastosowania kart identyfikacyjnych do wyszukania pacjenta w systemie,
- II.3.1.5 Możliwość rejestracji zleceń manualne oraz z czytnika OMR,
- II.3.1.6 Kontrola kompletności danych zlecenia,
- II.3.1.7 możliwość dodrukowania etykiet kodów kreskowych dla powielanych materiałów,



- II.3.1.8 przekazanie do zleceniodawcy informacji o przyjęciu materiału do laboratorium,
- II.3.1.9 możliwość przeglądania i drukowania odpisów wyników archiwalnych pacjenta,
- II.3.1.10 Raporty statystyczne:
  - II.3.1.10.1 sumaryczne zestawienia wszystkich wykonanych badań,
  - II.3.1.10.2 zestawienia wykonanych badań z podziałem na pracownie laboratoryjne,
  - II.3.1.10.3 zestawienia wykonanych badań z podziałem na zleceniodawców,
  - II.3.1.10.4 statystyczna analiza wyników badań tego samego rodzaju,
  - II.3.1.10.5 zestawienie badań wg lekarzy zlecających, wg pacjentów,
  - II.3.1.10.6 prowadzenie Księgi laboratoryjnej i Ksiąg pracowni,
- II.3.1.11 Współpraca z pozostałymi modułami/grupami funkcjonalności systemu w zakresie wzajemnego udostępniania danych o zleceniach i danych o ich wykonaniu,
- II.3.1.12 Współpraca pozostałymi modułami/grupami funkcjonalności systemu w zakresie udostępniania danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach,
- II.3.1.13 Współpraca z modułem/grupą funkcjonalności „Zakażenia szpitalne” w zakresie udostępniania danych dotyczących badań mikrobiologicznych,

### **II.3.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Obsługa pobierania materiałów do badań”**

- II.3.2.1 Obsługi wielu punktów pobrań materiałów do badania laboratoryjne z możliwością określenia domyślnego punktu pobrań dla konkretnego zleceniodawcy,
- II.3.2.2 Przyjmowanie zleceń badań laboratoryjnych z podsystemów/modułów/grup funkcjonalności części medycznej systemu,
- II.3.2.3 Możliwość wprowadzania zleceń zewnętrznych,



- II.3.2.4      Możliwość wyszukiwania zleceń wg imienia i nazwiska, daty zlecenia oraz planowanej daty wykonania,
- II.3.2.5      Dostęp do zleceń archiwalnych pacjenta,
- II.3.2.6      Wyróżnianie zleceń CITO,
- II.3.2.7      Automatyczne dobieranie materiałów niezbędnych do realizacji zlecenia,
- II.3.2.8      Obsługa punktu przyjęcia i rozdzielni materiału:
  - II.3.2.8.1      wspomaganie rozdziału materiałów wg jednostek wykonujących (badania realizowane we własnych lub obcych laboratoriach),
  - II.3.2.8.2      rejestracja wysłania materiałów do laboratoriów,
  - II.3.2.8.3      oznakowanie pobieranych materiałów kodem kreskowym, oznakowanie pobieranych materiałów kodem kreskowym, możliwość drukowania kodów kreskowych
  - II.3.2.8.4      rejestracja w systemie pobranych materiałów:
    - II.3.2.8.4.1      automatyczne odnotowanie daty i godziny pobrania,
    - II.3.2.8.4.2      odnotowanie osoby pobierającej materiał,
    - II.3.2.8.4.3      odnotowanie dodatkowych uwag do pobrania,
    - II.3.2.8.4.4      dla wybranych badań (np. oznaczenie grupy krwi) konieczność potwierdzenia danych pobrania (data i godzina, osoba, uwagi).
- II.3.2.9      Obsługa i możliwość wydruku Księgi pobrań,
- II.3.2.10     Współpraca z pozostałymi modułami/grupami funkcjonalności części medycznej systemu w zakresie odbioru/przekazywania elektronicznego potwierdzenia pobrania materiału,
- II.3.2.11     czynności sprawozdawcze zestawienie statystyczne/analityczne z wykonanych badań z podziałem i bez podziału na zleceniodawców ; z podziałem na rodzaje badań;
- II.3.2.12     możliwość definiowania własnych formularzy, raportów ;
- II.3.2.13     obsługa indywidualnej dokumentacji medycznej dla pacjenta (klienta ) indywidualnego przyjętego w punkcie pobrań,
- II.3.2.14     Wgląd i możliwość wykonania statystyki mikrobiologicznej
- II.3.2.15     Możliwość przeglądania archiwalnych zleceń i wyników badań



## **II.4 ZAKRES: APTEKA**

### **II.4.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteka”**

- II.4.1.1 Obsługa dostaw środków farmaceutycznych i materiałów medycznych do apteki:
- II.4.1.2 Ewidencja dostaw od dostawców z możliwością wprowadzania danych drogą elektroniczną (tworzenie dokumentów przychodu na podstawie importu dokumentów zakupu w wersji elektronicznej z możliwością wprowadzenia i odczytywania kodów kreskowych leków i materiałów medycznych).
- II.4.1.3 Wprowadzanie i edycja dokumentów w buforze
- II.4.1.4 Przyporządkowanie wprowadzanych leków do obowiązujących umów przetargowych
- II.4.1.5 Możliwość weryfikacji ceny leku na fakturze z ceną w umowie przetargowej, możliwość edycji stopnia wykorzystania umowy przetargowej w formie graficznej bądź procentowo
- II.4.1.6 Możliwość rejestrowania również dostaw niefakturowanych,
- II.4.1.7 Ewidencji importu docelowego zakładowego i indywidualnego,
- II.4.1.8 Ewidencja zwrotów z magazynów apteczek oddziałowych z automatyczną aktualizacją stanów,
- II.4.1.9 Ewidencja środków farmaceutycznych i materiałów medycznych pochodzących z darów- wprowadzanie umów darowych i dokumentów typu rozchód wewnętrzny lub przesunięcie międzymagazynowe, możliwość sporządzania miesięcznych raportów i wszystkich zestawień dostępnych dla pozostałych magazynów,
- II.4.1.10 Komunikat ostrzegający przed wprowadzeniem korekty ilościowej na pustą kartę
- II.4.1.11 Możliwość przeglądania i poprawek przyjętych dokumentów
- II.4.1.12 Możliwość odszukania dokumentu według daty, dostawcy bądź numeru
- II.4.1.13 Możliwość wydzielenia dokumentów (np. faktur vat, korekt)
- II.4.1.14 Możliwość tworzenia kartotek dostawców



- II.4.1.15      Możliwość przeglądania aptecznej listy leków aktualnych jak i sprowadzanych w poprzednich latach – razem z cenami, numerami serii i datami ważności
- II.4.1.16      Możliwość zebrania i wydrukowania odpowiedników ( leków o tej samej nazwie międzynarodowej, a różnych nazwach handlowych) z wyszczególnieniem nazwy handlowej obowiązującej w bieżącym przetargu
- II.4.1.17      Ewidencja korekt dokumentów dostaw środków farmaceutycznych i materiałów Medycznych
- II.4.1.18      Obsługa wydań/rozdziału środków farmaceutycznych i materiałów medycznych z apteki:
- II.4.1.19      Ewidencja wydań za pomocą dokumentów typu rozchód wewnętrzny lub typu przesunięcie międzymagazynowe na podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych (współpraca z modułem/grupą funkcjonalności „Apteczka oddziałowa” skutkująca automatyczną aktualizacją stanów magazynowych w magazynach źródłowym i docelowym),
- II.4.1.20      Możliwość przeglądania i korekty bufora dokumentów wydań
- II.4.1.21      Możliwość usuwania dokumentów rozchodu
- II.4.1.22      Możliwość elektronicznego potwierdzenia realizacji zamówień pochodzących z modułu/grupy funkcjonalności „Apteczka oddziałowa”
- II.4.1.23      Ewidencja wydań na zewnątrz,
- II.4.1.24      Możliwość ewidencji wydań bezpośrednio na pacjenta z magazynu apteki. Dokument wydania (typu „rozchód wewnętrzny na pacjenta” ) powinien zawierać w nagłówku dane jednoznacznie identyfikujące pacjenta oraz jego pobyt/wizytę w medycznej komórce organizacyjnej, w ramach której nastąpiło zużycie leku/materiału medycznego. Przy tworzeniu takiego dokumentu rozchodu wymagana jest możliwość wybrania ze skorowidza pacjentów wspólnego dla wszystkich modułów/grup funkcjonalności części medycznej systemu (lub listy pacjentów przebywających aktualnie w danym oddziale/izbie przyjęć) pacjenta na rzecz którego wydano lek/materiał medyczny
- II.4.1.25      Ewidencja zwrotów do dostawców,
- II.4.1.26      Ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych,
- II.4.1.27      Ewidencja korekt dokumentów wydania środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,





- II.4.1.28      Możliwość zdefiniowania limitów wydań (co najmniej wartościowo) dla poszczególnych odbiorców (ze słownika odbiorców) i automatyczne powiadamianie użytkownika w postaci np. komunikatu na ekranie, w przypadku przekroczenia ustawionego limitu przez danego odbiorcę,
- II.4.1.29      Ewidencja korekt stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury, z dokładnością do dostawy lub asortymentu,
- II.4.1.30      Generowanie arkusza do spisu z natury,
- II.4.1.31      Ewidencja wstrzymania lub wycofania leku z obrotu w kontekście wszystkich będących w użyciu dostaw danego leku materiału medycznego (z niezerowymi stanami na jakimkolwiek magazynie apteki bądź apteczki oddziałowej) lub w kontekście konkretnej dostawy danego leku/materiału medycznego,
- II.4.1.32      Obsługa magazynu leków apteki:
- II.4.1.33      Wykorzystanie słowników przy definiowaniu pozycji asortymentowych apteki: np.: słowników leków (co najmniej „Bazył”, „BLOZ”), słownika kodów ATC, słowników: nazw międzynarodowych, jednostek miar, postaci, sposobów podania, rodzajów opakowań.
- II.4.1.34      Możliwość definiowania grup leków:
  - II.4.1.34.1      wspólnych dla wszystkich magazynów aptecznych („globalnych”),
  - II.4.1.34.2      dedykowanych dla określonego magazynu („lokalnych”),
  - II.4.1.34.3      możliwość wydruku listy elementów poszczególnych grup asortymentowych
- II.4.1.35      Możliwość definiowania dokumentów ( np. „Rozchód darów”, „Przyjęcie bezpłatnych próbek”.) na podstawie predefiniowanych typów dokumentów (np. „rozchód wewnętrzny”, „rozchód na pacjenta”, „przychód”)
- II.4.1.36      Możliwość automatycznego numerowania dokumentów ( numery tworzone wg definiowanego wzorca ),
- II.4.1.37      Możliwość ręcznego nanoszenia poprawek w numerach dokumentów
- II.4.1.38      Możliwość przeglądu i wydruku aktualnych stanów magazynowych,
- II.4.1.39      Kontrola dat ważności leków oraz możliwość automatycznego zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych,



- II.4.1.40 Automatyczna blokada wydania na oddział bądź dla pacjenta leku przeterminowanego
- II.4.1.41 Możliwość dokonywania bieżących korekt jakościowych stanu magazynowego,
- II.4.1.42 Możliwość zablokowania wydań określonej partii leków
- II.4.1.43 Możliwość przeglądania listy leków wstrzymanych
- II.4.1.44 Możliwość poprawy kart zakupu
- II.4.1.45 Możliwość przeanalizowania historii leku z konkretnej karty zakupu – wydania, zwroty do hurtowni, stan magazynowy
- II.4.1.46 Przetargi:
- II.4.1.47 Tworzenia bufora listy leków do przetargu wraz z ilościami ( na podstawie zużycia z zadanego okresu) i cenami ( ceny z ostatnich dostaw )
- II.4.1.48 Możliwość ręcznej korekty listy leków,(także możliwość wprowadzenia nowych leków – z Blozu bądź Bazyla ) ilości i cen
- II.4.1.49 Automatyczne wyliczanie wartości planowanego przetargu na podstawie listy z bufora
- II.4.1.50 Możliwość ustawienia alfabetycznego bufora listy leków zarówno według nazw handlowych jak i międzynarodowych
- II.4.1.51 Możliwość wydrukowania bufora według nazw handlowych i międzynarodowych
- II.4.1.52 Możliwość podzielenia leków na dowolną ilość pakietów przetargowych
- II.4.1.53 Możliwość wydrukowania poszczególnych pakietów z automatycznym wyliczeniem wartości każdego z nich
- II.4.1.54 Możliwość modyfikowania tabel zawierających pakiety stosownie do potrzeb jednostki
- II.4.1.55 Możliwość eksportu gotowych tabel przynajmniej do programu Excel
- II.4.1.56 Możliwość wprowadzenia do systemu list leków i materiałów medycznych z zawieranych umów przetargowych z cenami i ilościami
- II.4.1.57 Automatyczna kontrola okresu ważności każdej umowy przetargowej
- II.4.1.58 Czynności analityczno-sprawozdawcze:
- II.4.1.59 Raporty i zestawienia:



- II.4.1.59.1 przychody analitycznie/syntetycznie wg kontrahentów w zadanym zakresie dat i w zadanych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych) dla:
- II.4.1.59.1.1 wybranych/wszystkich materiałów ,
  - II.4.1.59.1.2 wybranych/wszystkich grup materiałów,
  - II.4.1.59.1.3 wybranych/wszystkich rodzajów kosztów,
- II.4.1.59.2 rozchody analitycznie/syntetycznie wg odbiorców w zadanym zakresie dat i w zadanych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych), według nazw handlowych i międzynarodowych, dla:
- II.4.1.59.2.1 wybranych/wszystkich materiałów ,
  - II.4.1.59.2.2 wybranych/wszystkich grup materiałów,
  - II.4.1.59.2.3 wybranych/wszystkich rodzajów kosztów,
- II.4.1.59.3 zestawienie ilościowo-wartościowe wybranych/wszystkich rodzajów dokumentów w zadanym zakresie dat i w zadanych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych) dla wybranych/wszystkich kontrahentów/odbiorców,
- II.4.1.59.4 zestawienie ilościowo-wartościowe analityczne/syntetyczne stanów magazynowych na dzień bieżący/na wybrany dzień dla wybranych/wszystkich materiałów w podziale na:
- II.4.1.59.4.1 wybrane/wszystkie grupy materiałów, według nazw handlowych i międzynarodowych
  - II.4.1.59.4.2 wybrane/wszystkie rodzaje kosztów,
  - II.4.1.59.4.3 wybrane/wszystkie grupy ATC ,
- II.4.1.59.5 zestawienie ilościowo-wartościowe materiałów przeterminowanych na bieżący/wybrany dzień dla wybranych magazynów (apteki i apteczek oddziałowych)
- II.4.1.59.6 zestawienie ilościowo-wartościowe materiałów zalegających (brak zarejestrowanych obrotów) na wybranych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych) w zadanym przedziale czasu względem bieżącej daty (np. w zakresie  $\geq 30$  dni i  $\leq 90$  dni wstecz),
- II.4.1.59.7 analiza magazynu w rozbiciu na czas magazynowania
- II.4.1.59.8 określenie struktury magazynu w zależności od terminów ważności leków



- II.4.1.59.9 zestawienie leków i materiałów medycznych zakupionych poza umowami przetargowymi – możliwość wydruku
- II.4.1.59.10 obliczenie stopnia zużycia umów przetargowych z podziałem na poszczególne leki i materiały medyczne
- II.4.1.59.11 zestawienie przypisujące konkretne karty zakupu do poszczególnych umów przetargowych z kontrolą i edycją zawyżonych cen
- II.4.1.59.12 raport z obrotów lekami odurzającymi i psychotropowymi, zgodny z obowiązującym Dziennikiem Ustaw,
- II.4.1.60 Zestawienie obowiązujących umów przetargowych za zadany okres – możliwość wydruku
- II.4.1.61 Pozostałe funkcjonalności:
- II.4.1.62 Możliwość definiowania receptariuszy szpitalnych
- II.4.1.63 Przechowywanie informacji o leku (karta leku) dostępnych również z poziomu modułów/grup funkcjonalności medycznej części systemu,
- II.4.1.64 Możliwość odnotowania działań niepożądanych leku.
- II.4.1.65 Współpraca z podsystemami/modułami/grupami funkcjonalności medycznej części systemu w zakresie dostępu do skorowidza pacjentów lub listy pacjentów przebywających aktualnie w oddziałach szpitalnych/izbach przyjęć.
- II.4.1.66 Przegląd danych archiwalnych w zakresie przychodów i rozchodów,

#### **II.4.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Apteczka oddziałowa”**

- II.4.2.1 Obsługa elektronicznych zamówień do apteki głównej (wybranego magazynu apteki), możliwość wydruku utworzonych zamówień,
- II.4.2.2 Możliwość składania zamówień na leki z i spoza receptariusza (w zamówieniu musi przy każdej pozycji musi widnieć informacja o tym czy zamawiany lek jest spoza receptariusza)
- II.4.2.3 Wydawanie/rozdział środków farmaceutycznych i materiałów medycznych z apteczki oddziałowej:
  - II.4.2.3.1 ewidencja wydań z magazynów apteczki:
    - II.4.2.3.1.1 na komórkę organizacyjną,
    - II.4.2.3.1.2 na pacjenta,



- II.4.2.3.1.3 ewidencja zwrotów do apteki,
- II.4.2.3.1.4 ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych,
- II.4.2.4 ewidencja korekt wydań środków farmaceutycznych i materiałów medycznych
- II.4.2.5 Ewidencja korekt stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury, z dokładnością do dostawy lub asortymentu,
- II.4.2.6 Generowanie arkusza do spisu z natury,
- II.4.2.7 Możliwość automatycznego numerowania dokumentów (numery tworzone wg definiowanego wzorca ),
- II.4.2.8 Możliwość przypisania do apteczki oddziałowej wielu magazynów
- II.4.2.9 Możliwość przeglądu aktualnych stanów magazynowych,
- II.4.2.10 Kontrola dat ważności leków oraz możliwość automatycznego zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych,
- II.4.2.11 Możliwość dokonywania bieżących korekt jakościowych stanu magazynowego,
- II.4.2.12 Możliwość definiowania grup leków dedykowanych dla określonego magazynu apteczki („lokalnych”),
- II.4.2.13 Raporty i zestawienia:
  - II.4.2.13.1 przychody analitycznie/syntetycznie wg kontrahentów w zadanym zakresie dat i w zadanych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych) dla:
    - II.4.2.13.1.1 wybranych/wszystkich materiałów ,
    - II.4.2.13.1.2 wybranych/wszystkich grup materiałów,
    - II.4.2.13.1.3 wybranych/wszystkich rodzajów kosztów,
  - II.4.2.13.2 rozchody analitycznie/syntetycznie wg odbiorców w zadanym zakresie dat i w zadanych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych) dla:
    - II.4.2.13.2.1 wybranych/wszystkich materiałów ,
    - II.4.2.13.2.2 wybranych/wszystkich grup materiałów,
    - II.4.2.13.2.3 wybranych/wszystkich rodzajów kosztów,
  - II.4.2.13.3 zestawienie ilościowo-wartościowe wybranych/wszystkich rodzajów dokumentów w zadanym zakresie dat i w zadanych magazynach (apteki i apteczek



- oddziałowych) dla wybranych/wszystkich kontrahentów/odbiorców,
- II.4.2.13.4 zestawienie ilościowo-wartościowe analityczne/syntetyczne stanów magazynowych na dzień bieżący/na wybrany dzień dla wybranych/wszystkich materiałów w podziale na:
- II.4.2.13.4.1 wybrane/wszystkie grupy materiałów,
  - II.4.2.13.4.2 wybrane/wszystkie rodzaje kosztów,
  - II.4.2.13.4.3 wybrane/wszystkie grupy ATC ,
- II.4.2.13.5 zestawienie ilościowo-wartościowe materiałów przeterminowanych na bieżący/wybrany dzień dla wybranych magazynów (apteki i apteczek oddziałowych)
- II.4.2.13.6 zestawienie ilościowo-wartościowe materiałów zalegających (brak zarejestrowanych obrotów) na wybranych magazynach (apteki i apteczek oddziałowych) w zadanym przedziale czasu względem bieżącej daty (np. w zakresie  $\geq 30$  dni i  $\leq 90$  dni wstecz),
- II.4.2.13.7 raport z obrotów lekami odurzającymi i psychotropowymi,
- II.4.2.14 Przegląd danych archiwalnych w zakresie przychodów i rozchodów,
- II.4.2.15 Kontrola interakcji pomiędzy składnikami wybranych leków,
- II.4.2.16 Możliwość korzystania z drukarek i czytników kodów kreskowych

## **II.5 ZAKRES: PRACOWNIA DIAGNOSTYCZNA**

### **II.5.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Pracownia diagnostyczna”**

- II.5.1.1 Rejestracja\repcja:
- II.5.1.2 Definiowanie szablonu pracy (terminarza) przypisanego do danej pracowni :
- II.5.1.2.1 określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
  - II.5.1.2.2 określenie czasu pracy dla pracowni,
  - II.5.1.2.3 określenie zakresu usług realizowanych w pracowni



- II.5.1.2.4 określanie ograniczeń wg instytucji kierującej (płatnika), jednostki zlecającej Partnera Projektu (Oddziału/Izby Przyjęć), ilości wykonywanych usług
- II.5.1.3 Definiowanie szablonu pracy przypisanego do danego urzędnika diagnostycznego:
  - II.5.1.3.1 określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
  - II.5.1.3.2 określenie czasu pracy urzędnika diagnostycznego,
  - II.5.1.3.3 określenie zakresu usług realizowanych przez urzędnika diagnostycznego,
  - II.5.1.3.4 blokada grafików (urlopy, remonty).
- II.5.1.4 Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta:
  - II.5.1.4.1 wyszukiwanie wolnych terminów dostępności wymaganych zasobów (pracownia, urządzenie diagnostyczne),
  - II.5.1.4.2 rezerwacja wybranego terminu lub „pierwszy wolny”,
  - II.5.1.4.3 prezentowanie preferowanych terminów wykonania usługi dla zgłoszeń internetowych na zasadzie określenia godzin przeznaczonych do planowania zgłoszeń internetowych np. od 10:00 do 12:00,
  - II.5.1.4.4 automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta,
  - II.5.1.4.5 w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji „pierwszy wolny” lub ręczny wybór terminu,
  - II.5.1.4.6 rezerwacja terminów dla pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych
  - II.5.1.4.7 wstawianie terminu wizyty pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych,
- II.5.1.5 Obsługa skorowidza pacjentów, wspólnego dla pozostałych modułów/grup funkcjonalności medycznej części systemu,
- II.5.1.6 Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, co najmniej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, nazwisko poprzednie, PESEL, data urodzenia, PESEL opiekuna,
- II.5.1.7 Możliwość zastosowania kart identyfikacyjnych do wyszukania pacjenta w systemie
- II.5.1.8 Przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych wizyt w przychodni, pobytów szpitalnych, wizyt w zakładach diagnostycznych i wyników badań.



- II.5.1.9 Rejestracja i modyfikacja danych osobowych pacjentów,
- II.5.1.10 Ewidencja zmian danych osobowych i daty od kiedy obowiązują nowe dane (np. zmiana miejsca zamieszkania, zmiana nazwiska, itp.),
- II.5.1.11 Rejestracja pacjenta w celu wykonania usługi:
  - II.5.1.11.1 określenie miejsca wykonania usługi (wybór pracowni/urządzenia diagnostycznego) dla usług nie podlegających planowaniu i rezerwacji.
  - II.5.1.11.2 zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania,
  - II.5.1.11.3 możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych,
  - II.5.1.11.4 możliwość obsługi zleceń wewnętrznych zleconych z innych jednostek organizacyjnych Szpitala (w oparciu o utworzone zlecenia w modułach/grupach funkcjonalności części medycznej systemu)
  - II.5.1.11.5 możliwość obsługi zleceń zewnętrznych (z innych podmiotów)
  - II.5.1.11.6 możliwość wprowadzenia danych dot. skierowania (co najmniej: data, skierowania, lekarz i instytucja kierująca, przedmiot zlecenia, rozpoznanie)
- II.5.1.12 Przegląd i wydruk listy zarejestrowanych pacjentów (do pracowni, do urządzenia diagnostycznego).
- II.5.1.13 Obsługa kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- II.5.1.14 Obsługa wyników:
  - II.5.1.14.1 odnotowanie wydania wyniku,
  - II.5.1.14.2 wpisywanie wyników zewnętrznych (badań, konsultacji, itp.)
- II.5.1.15 Pracownia:
- II.5.1.16 Dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do pracowni,
- II.5.1.17 Rejestracja rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w pracowni (przyjęcie),
- II.5.1.18 Przegląd danych pacjenta w następujących kategoriach:
  - II.5.1.18.1 dane osobowe,





- II.5.1.18.2 podstawowe dane medyczne (grupa krwi, uczulenia, stałe podawane leki, przebyte choroby, karta szczepień),
- II.5.1.18.3 uprawnienia z tytułu umów,
- II.5.1.18.4 Historia choroby (dane ze wszystkich wizyt pacjenta),
- II.5.1.18.5 wyniki badań,
- II.5.1.18.6 przegląd rezerwacji,
- II.5.1.19 Możliwość zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju pracowni,
- II.5.1.20 Możliwość zdefiniowania wzorów dokumentów dedykowanych dla pracowni,
- II.5.1.21 Możliwość użytkowania zdefiniowanych wcześniej wzorców dokumentacji dedykowanej do wizyty,
- II.5.1.22 Wprowadzanie, modyfikacja, przegląd danych badania w następujących kategoriach:
  - II.5.1.22.1 informacje ze skierowania,
  - II.5.1.22.2 skierowania, zlecenia,
  - II.5.1.22.3 usługi, świadczenia w ramach wizyty, w tym dane dla potrzeb rozliczeń z płatnikiem,
  - II.5.1.22.4 podane leki,
  - II.5.1.22.5 zużyte materiały medyczne,
  - II.5.1.22.6 wystawione podczas wizyty skierowania,
  - II.5.1.22.7 wykonane podczas wizyty procedury drobne (nie będące usługami),
  - II.5.1.22.8 inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty),
- II.5.1.23 Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt,
- II.5.1.24 Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:
  - II.5.1.24.1 obsługa stanowiska kasowego (jak w Rejestracji/Recepcji).
- II.5.1.25 Obsługa zakończenia badania/wizyty:
  - II.5.1.25.1 autoryzacja medyczna badania,
  - II.5.1.25.2 automatyczne tworzenie karty wizyty/wyniku badania



- II.5.1.25.3 kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń,
- II.5.1.26 Automatyczne generowanie i możliwość przeglądu księgi pracowni,
- II.5.1.27 Obsługa wyników badań:
  - II.5.1.27.1 wprowadzanie opisów wyników badań diagnostycznych,
  - II.5.1.27.2 możliwość wprowadzania opisów wyników badań na zdefiniowanych formularzach wyników dostosowanych do rodzaju wykonywanego badania,
  - II.5.1.27.3 autoryzacja wyników badań diagnostycznych,
  - II.5.1.27.4 wydruk wyniku wg definiowalnego wzoru,
- II.5.1.28 Integracja z innymi modułami systemu medycznego:
  - II.5.1.28.1 współpraca z modułem/grupą funkcjonalności obsługującym apteczkę/magazynek oddziałowy w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów oraz automatycznej aktualizacji stanów magazynowych
  - II.5.1.28.2 współpraca z pozostałymi systemami/modułami medycznymi w zakresie wzajemnego udostępniania danych zleceń i danych o ich wykonaniu,
- II.5.1.29 Statystyka pracowni:
- II.5.1.30 Przegląd i wydruk danych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych wizyt w pracowni i wyników wykonanych badań,
- II.5.1.31 Obsługa Ksiąg:
  - II.5.1.31.1 Księga zakładu diagnostycznego,
  - II.5.1.31.2 Księgi pracowni,
- II.5.1.32 Możliwość definiowania własnych szablonów wydruków,
- II.5.1.33 Czynności analityczno-sprawozdawcze:
  - II.5.1.33.1 raport: lista badań w zadanym okresie w podziale na wykonujących, zlecających,
  - II.5.1.33.2 raport: lista badań w zadanym okresie w podziale na płatników, instytucje kierujące,



## **II.6 ZAKRES: DOKUMENTACJA MEDYCZNA**

### **II.6.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Dokumentacja medyczna”**

- II.6.1.1 Generowanie i możliwość wydruku historii choroby na podstawie danych zgromadzonych w systemie,
- II.6.1.2 Generowanie i możliwość wydruku karty Informacyjnej na podstawie danych gromadzonych w systemie,
- II.6.1.3 Generowanie i możliwość wydruku wyników badań dla zadanych kryteriów: pacjent, nazwa badania, komórka organizacyjna (zlecająca/wykonująca), zadany okres czasu,
- II.6.1.4 Generowanie i możliwość wydruku kart obserwacji pacjenta,
- II.6.1.5 Generowanie i możliwość wydruku kart zakażenia, kart drobnoustroju,
- II.6.1.6 Generowanie i możliwość wydruku raportów z dyżuru lekarskiego na podstawie zarejestrowanych obserwacji pacjenta,
- II.6.1.7 Generowanie i możliwość wydruku raportów z diagnoz pielęgniarskich,
- II.6.1.8 Generowanie i możliwość wydruku dokumentów typu: zaświadczenie, skierowanie, orzeczenie, itp. wg definiowanych szablonów,
- II.6.1.9 Elastyczne dopasowanie systemu do potrzeb Partnera Projektu w zakresie dokumentowania procesu leczenia:
  - II.6.1.9.1 definiowanie własnych formularzy przeznaczonych do wpisywania danych w systemie,
  - II.6.1.9.2 wyświetlanie, wprowadzanie i drukowanie informacji w ustalonej przez użytkownika postaci (definiowalne szablony dokumentów oraz edytor wydruków dla badań, konsultacji, itp.).
  - II.6.1.9.3 możliwość prezentacji serii danych w postaci Histogramów,
  - II.6.1.9.4 możliwość kojarzenia definiowanych formularzy z poszczególnymi rodzajami zleceń,
  - II.6.1.9.5 możliwość rejestrowania danych multimedialnych (rysunki, obrazy, dźwięki, itp.).
- II.6.1.10 System powinien przechowywać wszystkie wersje utworzonej i wydrukowanej (lub zarchiwizowanej w archiwum elektronicznym) dokumentacji medycznej,



- II.6.1.11 Wszystkie dokumenty dokumentacji medycznej pacjenta powinny być dostępne w jednym „miejscu” w aplikacji,
- II.6.1.12 Podczas drukowania dokumentu wygenerowanego wcześniej system powinien informować, że nastąpiły zmiany w danych i zaleca się utworzenie nowej wersji dokumentu,
- II.6.1.13 Powinna istnieć możliwość podpisania elektronicznego i zarchiwizowania wszystkich dokumentów dokumentacji medycznej tworzonych przez system zgodnie z obowiązującymi przepisami.

## **II.7 ZAKRES: WSPÓLNE**

### **II.7.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Identyfikacja pacjenta”**

- II.7.1.1 System musi umożliwić nadruk danych identyfikacyjnych pacjenta na samoprzylepnych etykietach mogących zawierać imię, nazwisko, PESEL pacjenta oraz jego indywidualny, unikalny dla całego systemu identyfikator/kod drukowany w postaci numerycznej i w postaci kodu paskowego,
- II.7.1.2 System musi umożliwić nadruk danych identyfikacyjnych pacjenta na opaskach nadgarstkowych mogących zawierać: imię, nazwisko, PESEL pacjenta oraz jego indywidualny, unikalny dla całego systemu identyfikator/kod drukowany w postaci numerycznej i w postaci kodu paskowego,
- II.7.1.3 System musi umożliwić konfigurowanie administratorowi systemu wzorów (szablonów) w/w nadruków w zakresie wyboru drukowanych danych identyfikacyjnych i ich rozmieszczenia;
- II.7.1.4 Edytor szablonów musi uwzględniać rozmiar obszaru do druku dostępny dla drukarki etykiet/opasek nadgarstkowych (na podstawie sterownika drukarki),
- II.7.1.5 System musi umożliwiać identyfikowanie pacjenta na podstawie kodu paskowego odczytywanego skanerem/czytnikiem kodów.
- II.7.1.6 W zakresie funkcjonalności systemu obejmujących izbę przyjęć:
  - II.7.1.6.1 automatyczne drukowanie etykiet i opasek nadgarstkowych po zatwierdzeniu przyjęcia pacjenta; możliwość jednoczesnego drukowania (bez ingerencji użytkownika) na dwóch różnych rodzajach drukarek: etykiet i opasek nadgarstkowych,
  - II.7.1.6.2 drukowanie etykiet na żądanie, po wskazaniu pacjenta:



- II.7.1.6.2.1 w skorowidzu pacjentów,
- II.7.1.6.2.2 na liście pacjentów aktualnie przebywających w izbie przyjęć,
- II.7.1.6.2.3 na liście pacjentów przebywających w izbie przyjęć w przeszłości,
- II.7.1.6.2.4 odczyt kodu i identyfikacja pacjenta przebywającego w izbie przyjęć powodująca w systemie bezpośrednie przejście do okna zawierającego informacje o pobycie tego pacjenta w izbie przyjęć,
- II.7.1.7 W zakresie funkcjonalności systemu obejmujących oddziały szpitalne:
  - II.7.1.7.1 Drukowanie etykiet na żądanie:
    - II.7.1.7.1.1 z poziomu listy pacjentów przebywających w oddziale,
    - II.7.1.7.1.2 z poziomu listy pacjentów leczonych w przeszłości,
  - II.7.1.8 odczyt kodu i identyfikacja pacjenta:
    - II.7.1.8.1 na liście pacjentów przebywających w oddziale,
    - II.7.1.8.2 na liście pacjentów leczonych w przeszłości,
    - II.7.1.8.3 w dostępnych Księgach szpitalnych,
  - II.7.1.9 W zakresie funkcjonalności systemu obejmujących apteczkę oddziałową:
    - II.7.1.9.1 odczyt kodu i identyfikacja pacjenta na liście pacjentów objętych apteczką oddziałową,
  - II.7.1.10 W zakresie funkcjonalności systemu obejmujących gabinety poradni/pracowni i laboratorium:
    - II.7.1.10.1 odczyt kodu i identyfikacja pacjenta na liście pacjentów oczekujących na realizację badania/wizyty/konsultacji,
    - II.7.1.10.2 odczyt kodu i identyfikacja pacjenta na liście pacjentów dla których badania/wizyty/konsultacje są w trakcie realizacji,
    - II.7.1.10.3 odczyt kodu i identyfikacja pacjenta na liście pacjentów dla których badania/wizyty/konsultacje zostały zrealizowane,
    - II.7.1.10.4 odczyt kodu i identyfikacja pacjenta w skorowidzu pacjentów,



II.7.1.10.5 odczyt kodu i identyfikacja pacjenta w dostępnych Księgach (poradni, pracowni, laboratorium)

## **II.7.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Pulpit użytkownika”**

II.7.2.1 System powinien udostępniać pulpity użytkowników umożliwiające bezpośredni dostęp do wszystkich niezbędnych funkcji, do jakich użytkownik posiada uprawnienia.

II.7.2.2 Powinny istnieć predefiniowane i konfigurowalne pulpity dla użytkowników o określonej roli personelu medycznego, co najmniej pulpit lekarza,

II.7.2.3 Pulpit lekarza powinien umożliwiać co najmniej bezpośredni dostęp do:

II.7.2.3.1 listy pacjentów oddziału/oddziałów szpitalnego/szpitalnych, dla których zalogowany użytkownik-lekarz jest lekarzem prowadzącym (z możliwością poszerzenia listy o wszystkich pacjentów przebywających w oddziale/oddziałach w których ten lekarz jest zatrudniony)

II.7.2.3.2 listy pacjentów z zaplanowaną w dniu bieżącym wizytą, badaniem lub konsultacją u zalogowanego użytkownika-lekarza (z możliwością rozszerzenia listy o wszystkich pacjentów z zaplanowanymi wizytami, badaniami, konsultacjami w medycznych komórkach organizacyjnych szpitala, w których lekarz-użytkownik systemu jest zatrudniony,

II.7.2.3.3 wyników badań pacjentów z w/w list z podziałem na laboratoryjne, pracowniane i pozostałe z możliwością wyświetlenia tylko najnowszych wyników (np. z ostatnich 24godzin),

II.7.2.3.4 dokumentacji medycznej pacjentów z w/w list,

II.7.2.3.5 osobistego terminarza lekarza uwzględniający jego: dyżury, nieobecności, zadania, zaplanowane dla niego lub zrealizowane przez niego: zabiegi, konsultacje, wizyty,

II.7.2.3.6 najważniejszych informacji o danym pacjencie (np. na osobnej zakładce) - m.in. dane opiekunów prawnych, alergie, komentarze).



II.7.2.4 Powinna istnieć możliwość samodzielnego, przez użytkowników lub administratorów, definiowania/modyfikacji układu/zawartości pulpitu,

### **II.7.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zlecenia”**

II.7.3.1 System musi obsługiwać planowanie i realizację wszystkich rodzajów zleceń funkcjonujących w medycznych komórkach organizacyjnych Partnera Projektu, w tym zleceń podań leków w powiązaniu z modułem/grupą funkcjonalności „Apteczka oddziałowa”,

II.7.3.2 System musi mieć możliwość wystawienia zlecenia w kontekście medycznej komórki organizacyjnej typu: oddział, izba przyjęć, rejestracja/recepcja poradni, rejestracja/recepcja pracowni diagnostycznej, gabinet lekarski poradni, gabinet pracowni diagnostycznej, sala bloku operacyjnego, określonej w strukturze organizacyjnej jednostki.

II.7.3.3 System musi obsługiwać realizację zleceń w kontekście medycznej komórki organizacyjnej typu: rejestracja/recepcja poradni, gabinet lekarski poradni, rejestracja/recepcja pracowni diagnostycznej, gabinet pracowni diagnostycznej, laboratorium, określonej w strukturze organizacyjnej jednostki

II.7.3.4 System musi mieć możliwość integracji z zewnętrznymi systemami typu PACS/RIS, LIS (wykorzystując jeden z dostępnych formatów wymiany danych: xml lub HL7). Integracja po stronie SSI musi obsługiwać co najmniej:

II.7.3.4.1 elektroniczne wysłanie zlecenia do RIS,

II.7.3.4.2 automatyczny odbiór wyniku (opisu) zleconego badania oraz rozliczenie z płatnikiem.

II.7.3.5 System musi umożliwiać planowanie i zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji w ramach zleceń wewnętrznych (przekazywanych pomiędzy jednostkami Partnera Projektu)

II.7.3.6 Planowanie i zlecenie badań i konsultacji w ramach zleceń zewnętrznych (z innych podmiotów) w komórkach: poradnie, pracownie, laboratorium

II.7.3.7 Planowanie i realizacja zleceń własnych (zleczanych i wykonywanych przez tą samą medyczną komórkę organizacyjną)

II.7.3.8 Możliwość definiowania zleceń złożonych:



- II.7.3.8.1 z zależnymi zleceniami jednostkowymi (realizacja poszczególnych zleceń jednostkowych wchodzących w skład zlecenia złożonego musi być wykonana w określonej kolejności). System musi zapewnić walidację kolejności wykonywania poszczególnych zleceń jednostkowych w trakcie przebiegu realizacji zlecenia złożonego,
- II.7.3.8.2 z niezależnymi zleceniami jednostkowymi,
- II.7.3.9 Możliwość dwuetapowego wprowadzania zlecenia (1- wpisanie zlecenia, 2 - potwierdzenie zlecenia),
- II.7.3.10 Możliwość przeglądu listy zleceń według ustalonych przez użytkownika jednoczesnych kryteriów, co najmniej:
  - II.7.3.10.1 dla wybranego pacjenta,
  - II.7.3.10.2 wg typu zlecenia (np. laboratoryjne, pracowniane, podania leków, konsultacje lekarskie),
  - II.7.3.10.3 zadanego okresu czasu.
- II.7.3.11 Możliwość wykonania raportu (i wydruku) zleceń zleconych w zadanym oknie czasowym i wyników tych zleceń, w tym:
  - II.7.3.11.1 zestawienie zleconych leków, w kontekście: pacjent, komórka organizacyjna zlecająca,
  - II.7.3.11.2 zestawienie diet, w kontekście: pacjent, komórka organizacyjna zlecająca,
  - II.7.3.11.3 zestawienie badań do wykonania, z możliwością wybrania zleceń tylko określonego typu – laboratoryjne, pracowniane (np. RTG, EKG, USG, MR), podania leków, konsultacje lekarskie.
  - II.7.3.11.4 możliwość przeglądu i wydruku wyników pacjenta z bieżącej hospitalizacji lub ze wszystkich pobytów w szpitalu
- II.7.3.12 Możliwość prowadzenia w systemie indywidualnej karty zleceń podań leków i jej wydruk
- II.7.3.13 Możliwość planowania i zlecenia badań i konsultacji w ramach zleceń zewnętrznych (do innych podmiotów)
- II.7.3.14 Możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzaniem zleceniem
- II.7.3.15 Możliwość przeglądania wyników liczbowych w postaci graficznej.





## **II.7.4 Moduł/grupa funkcjonalności: „Wykazy, zestawienia”**

- II.7.4.1 Zarządzanie raportami - listą dostępnych zestawień danych, nadawanie uprawnień do uruchamiania, umieszczanie raportów w poszczególnych przynajmniej w zakresie menu modułów oddział, izba przyjęć, statystyka, poradnia, gabinet
- II.7.4.2 Generator raportów stanowi integralną część Systemu
- II.7.4.3 Możliwość tworzenia nowych raportów w oparciu o dostępne w systemie widoki oraz język zapytań SQL
- II.7.4.4 Możliwość tworzenia raportów kolumnowych oraz formatowanych w oparciu o widoki dostępne w Systemie
- II.7.4.5 W systemie dostępne następujące raporty m. in.:
  - II.7.4.5.1 Pacjenci wg. Rodzaju pobytu (obserwacja, internacka itp.)
  - II.7.4.5.2 Pacjenci wg. Trybu przyjęcia
  - II.7.4.5.3 Pacjenci wg. Trybu wypisu,
  - II.7.4.5.4 Pacjenci wg. Miejsca udzielenia świadczenia
  - II.7.4.5.5 Pacjenci wg. Wybranego ICD10 (zasadniczego, współistniejącego)
  - II.7.4.5.6 Pacjenci wg. Wybranej ICD9,
  - II.7.4.5.7 Pacjenci wg. Miejsca zamieszkania (miejscowość, gmina, powiat, województwo, kraj, UE, spoza UE
  - II.7.4.5.8 Pobyty wg. Rodzaju wpisu (otwarty, zamknięty, wszyscy, zmarli)
  - II.7.4.5.9 Pacjenci rozliczani z rozróżnieniem poziomu płatności.

## **II.7.5 Moduł/grupa funkcjonalności: „Wymiana danych z systemami zewnętrznymi”**

- II.7.5.1 Wymiana danych z systemami typu LIS:
- II.7.5.2 Integracja musi z opierać się na standardzie HL7
- II.7.5.3 Dane przesyłane z systemu SSI:
  - II.7.5.3.1 dane osobowe pacjentów (nazwisko, imię, PESEL, miejsce zamieszkania)



- II.7.5.3.2 dane zlecenia (numer zlecenia, techniczny identyfikator zlecenia, jednostka zlecająca, lekarz zlecający)
- II.7.5.3.3 dane badania (kod i nazwa badania)
- II.7.5.4 Dane przesyłane z systemu LIS:
  - II.7.5.4.1 treść wyniku, dane osoby wykonującej badanie, dane osoby autoryzującej badanie, kod badania, nazwa badania,
- II.7.5.5 Wymiana danych z systemami typu PACS/RIS:
- II.7.5.6 Integracja musi z opierać się na standardzie HL7
- II.7.5.7 Dane przesyłane z systemu SSI:
  - II.7.5.7.1 dane osobowe pacjentów (nazwisko, imię, PESEL, miejsce zamieszkania),
  - II.7.5.7.2 dane zlecenia (numer zlecenia, techniczny identyfikator zlecenia, jednostka zlecająca, lekarz zlecający),
  - II.7.5.7.3 dane badania (kod i nazwa badania),
- II.7.5.8 Dane przesyłane z systemu PACS/RIS:
  - II.7.5.8.1 dane o terminie umówienia badania,
  - II.7.5.8.2 treść wyniku, dane osoby wykonującej badanie, kod badania, nazwa badania,
  - II.7.5.8.3 link (odnośnik) umożliwiający z poziomu dowolnego modułu/grupy funkcjonalności medycznej części systemu SSI dostęp „on-line” do wyników badań (w postaci obrazów diagnostycznych) przechowywanych w systemie PACS/RIS,
- II.7.5.9 Wymiana danych z dowolną ilością systemów w standardzie XML, HL7
- II.7.5.10 Możliwość anulowania/odrzućenia po stronie RIS zlecenia wysłanego z systemu SSI.
- II.7.5.11 Możliwość śledzenie po stronie SSI statusu zlecenia realizowanego w systemie RIS.
- II.7.5.12 Automatyczne uzupełnianie danych rozliczeniowych NFZ w systemie SSI po odesłaniu wyników badania z systemu RIS.
- II.7.5.13 Automatyczne rozsyłanie komunikatów o zmianie danych osobowych pacjenta w systemie SSI,
- II.7.5.14 Dostęp (regulowany uprawnieniami) z systemu RIS do wyników badań pacjenta gromadzonych w systemie SSI,



- II.7.5.15 Dostęp (regulowany uprawnieniami) z systemu RIS do historii leczenia pacjenta gromadzonej w systemie SSI,
- II.7.5.16 Dostęp z systemu RIS do skorowidza pacjentów systemu SSI (wykorzystane przy rejestracji pacjenta na badanie).
- II.7.5.17 Wprowadzenie nowego pacjenta/zmiana danych osobowych pacjenta po stronie systemu RIS skutkuje automatycznie zmianami w skorowidzu pacjentów systemu SSI.
- II.7.5.18 Korzystanie w systemie RIS ze słowników systemu SSI: instytucji zlecających (kierujących), lekarzy kierujących.
- II.7.5.19 Możliwość wprowadzania nowych pozycji, modyfikacji pozycji w/w słownikach z poziomu systemu RIS.
- II.7.5.20 Możliwość zapisu informacji z umówionym/wykonanym badaniu poziomu systemu RIS w systemie SSI o w systemie RIS
- II.7.5.21 Zlecenia zewnętrzne (nie zlecone z systemu SSI) i dane o ich realizacji wprowadzone w systemie RIS muszą być widoczne z poziomu systemu SSI. Powinna istnieć możliwość rozliczenia takich badań z płatnikiem poziomu systemu SSI.
- II.7.5.22 Możliwość z poziomu systemu RIS dopisania pacjenta do kolejki oczekujących obsługiwanej w poprzez system SSI,

## **II.7.6 Moduł/grupa funkcjonalności: „Zakażenia szpitalne”**

- II.7.6.1 Moduł realizuje wspomaganie Zakładu Opieki Zdrowotnej w zakresie kontroli występowania zakażeń zakładowych i zapobiegania tym zakażeniom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
- II.7.6.2 W szczególności musi umożliwić:
  - II.7.6.2.1 wprowadzanie Kart Zakażenia szpitalnego
  - II.7.6.2.2 wprowadzanie Kart drobnoustroju alarmowego
  - II.7.6.2.3 prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia szpitalnego,
  - II.7.6.2.4 wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia szpitalnego, oraz dane wymagane wg przepisów prawa,
  - II.7.6.2.5 prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego,



- II.7.6.2.6 wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego, oraz dane wymagane wg przepisów prawa,
- II.7.6.2.7 prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną,
- II.7.6.2.8 wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną,
- II.7.6.2.9 prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,
- II.7.6.2.10 wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,
- II.7.6.2.11 prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,
- II.7.6.2.12 wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,
- II.7.6.2.13 prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,
- II.7.6.2.14 wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,
- II.7.6.2.15 prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,
- II.7.6.2.16 wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,
- II.7.6.2.17 prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewnika moczowego, respiratory, infekcje),
- II.7.6.2.18 prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych,
- II.7.6.2.19 wydruki na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych,
- II.7.6.2.20 prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych,



- II.7.6.2.21 wydruki na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych,
  - II.7.6.2.22 raporty zgodne z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia,
  - II.7.6.2.23 analizy ilościowe zakażeń szpitalnych,
  - II.7.6.2.24 możliwość dołączenia załączników w postaci pliku.
- II.7.6.3 Analizy kosztów podań antybiotyków i badań mikrobiologicznych związanych z zakażeniami zakładowymi,
- II.7.6.4 Współpraca z modułami/grupami funkcjonalności części medycznej systemu dot. ruchu chorych, działu farmacji oraz punktu pobrań laboratorium mikrobiologicznego w zakresie podań antybiotyków i zleceń badań do pracowni mikrobiologicznej:
- II.7.6.4.1 monitorowanie o konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku podawania antybiotyku powyżej 3 dni,
  - II.7.6.4.2 monitorowanie o konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych oraz drobnoustroju alarmowego w przypadku wystąpienia patogenu w badaniu mikrobiologicznym,
  - II.7.6.4.3 szybki podgląd listy pacjentów dla nowo założonych: kart obserwacji, kart zakażenia, kart drobnoustroju, alertu patogenów.

### **II.7.7 Moduł/grupa funkcjonalności: „Administrator”**

- II.7.7.1 Zarządzanie słownikiem komórek struktury organizacyjnej Szpitala na poziomie całego systemu:
- II.7.7.1.1 tworzenie i modyfikacja listy komórek organizacyjnych (recepce/rejestracje, gabinety/poradnie, pracownie, oddziały, izby przyjęć, bloki operacyjne itp.),
  - II.7.7.1.2 możliwość powiązania struktury organizacyjnej ze strukturą kosztów zdefiniowaną z poziomu modułu/grupy funkcjonalności „ERP”
- II.7.7.2 Zarządzanie słownikami standardowymi (ogólnopolskimi):
- II.7.7.2.1 Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD9 CM – druga polska edycja,
  - II.7.7.2.2 Klasyfikacja chorób wg ICD – rewizja 10,



- II.7.7.2.3 Słownik Kodów Terytorialnych GUS,
- II.7.7.2.4 Słownik Zawodów,
- II.7.7.2.5 definiowanie widoków słowników (zakresu danych wyświetlanych) dla jednostki organizacyjnej, dla użytkownika).
- II.7.7.3 Tworzenie, przegląd, edycja słowników własnych Partnera Projektu, w tym:
  - II.7.7.3.1 personelu,
  - II.7.7.3.2 leków.
- II.7.7.4 Zarządzanie strukturą użytkowników i ich uprawnieniami:
  - II.7.7.4.1 definiowanie listy użytkowników systemu,
  - II.7.7.4.2 określenie uprawnień użytkowników,
  - II.7.7.4.3 możliwość połączenia listy użytkowników ze słownikiem personelu,
- II.7.7.5 Definiowanie terminarzy zasobów, w tym pomieszczeń, łóżek, urzędzeń, itd.
- II.7.7.6 Zarządzanie parametrami na poziomie systemu, jednostki organizacyjnej
- II.7.7.7 Zarządzanie komunikacją z systemami zewnętrznymi
- II.7.7.8 Przegląd dziennika operacji (logi),
- II.7.7.9 Możliwość wyszukiwania i łączenia wielokrotnie wprowadzonych danych tych samych pacjentów, lekarzy, instytucji.
- II.7.7.10 Definiowanie struktury dokumentów:
  - II.7.7.10.1 Książ wykorzystywanych w medycznych komórkach organizacyjnych,
  - II.7.7.10.2 szablonów wydruków (pism), z możliwością dowolnego przypisywania wykorzystywanych szablonów indywidualnie dla poszczególnych medycznych komórek organizacyjnych,

### **II.7.8 Moduł/grupa funkcjonalności: „Kolejki oczekujących”**

- II.7.8.1 Możliwość definiowania kolejek oczekujących zgodnie z aktualnymi wymaganiami płatnika (NFZ):
  - II.7.8.1.1 kolejki oczekujących do komórek organizacyjnych,
  - II.7.8.1.2 kolejki oczekujących do procedur medycznych lub świadczeń wysokospecjalistycznych zdefiniowanych przez płatnika.



- II.7.8.2      Możliwość planowania daty z dokładnością do dnia lub tygodnia (w przypadku odległego terminu realizacji świadczenia)
- II.7.8.3      Możliwość przyporządkowania oczekujących do jednej z kategorii medycznych (przypadki pilne/przypadki stabilne)
- II.7.8.4      Możliwość rejestrowania zmian terminu udzielenia świadczenia wraz z przyczyną tej zmiany
- II.7.8.5      Możliwość zbiorczego przenoszenia oczekujących pomiędzy kolejkami:
  - II.7.8.5.1      wszystkich aktywnych pozycji,
  - II.7.8.5.2      wybranych oczekujących.
- II.7.8.6      Możliwość wskazania tych definicji kolejek oczekujących, które po wczytaniu aneksu do umowy z płatnikiem (NFZ) posiadają nieaktualne informacje o kodzie komórki (wg NFZ) wraz z możliwością automatycznej aktualizacji kodu komórki (wg NFZ) na podstawie aktualnych zapisów w umowie z NFZ
- II.7.8.7      Możliwość generowanie statystyk kolejek, zgodnie z obowiązującymi przepisami, z podziałem na przypadki pilne i stabilne:
  - II.7.8.7.1      liczba oczekujących, stan na ostatni dzień miesiąca
  - II.7.8.7.2      średni czas oczekiwania w kolejce (zgodnie z algorytmem opublikowanym w rozporządzeniu)
  - II.7.8.7.3      łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym
  - II.7.8.7.4      liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
  - II.7.8.7.5      liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 6 miesiącach,.
- II.7.8.8      Generowanie i eksport komunikatów XML do systemu informatycznego płatnika w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości dotyczącej kolejek oczekujących:
  - II.7.8.8.1      komunikat LIOCZ – komunikat szczegółowy o kolejkach oczekujących,
  - II.7.8.8.2      komunikat KOL – komunikat o kolejkach oczekujących do świadczeń wysokospecjalistycznych.
- II.7.8.9      Import komunikatu „potwierzeń odbioru” danych o kolejkach oczekujących
- II.7.8.10     Możliwość wykonania (i wydruku) wykazu oczekujących z uwzględnieniem poniższych kryteriów:



- II.7.8.10.1 rodzaj kolejki (do komórki organizacyjnej, do procedury medycznej/świadczenia wysokospecjalistycznego),
- II.7.8.10.2 miejsca wykonania świadczenia,
- II.7.8.10.3 kod kolejki,
- II.7.8.10.4 stan wpisu w kolejce (aktywne, wykreślone, zakończone realizacją),
- II.7.8.10.5 kategoria medyczna (pilny, stabilny),
- II.7.8.10.6 data wpisu (od .. do ..),
- II.7.8.10.7 data planowanej realizacji (od .. do ..),
- II.7.8.10.8 data skreślenia z kolejki (od .. do ..)
- II.7.8.10.9 przyczyna skreślenia

#### **II.7.9 Moduł/grupa funkcjonalności: „Obsługa urządzeń mobilnych”**

- II.7.9.1 System musi posiadać mechanizm bezpiecznego logowania,
- II.7.9.2 Możliwość wyszukiwania i przeglądu miejsca pobytu pacjenta
- II.7.9.3 Możliwość przypisywania pacjentów do sal/tóżek
- II.7.9.4 Możliwość wyszukiwania pacjenta po kodzie EAN (obsługa kodów kreskowych) lub QR Code
- II.7.9.5 Możliwość przeglądu statystyki pacjentów oddziału
- II.7.9.6 Możliwość zlecenia leków
- II.7.9.7 Możliwość odnotowania podania leków
- II.7.9.8 Możliwość prezentacji danych o zleconych i podanych lekach
- II.7.9.9 Przegląd wyników badań laboratoryjnych
- II.7.9.10 Przegląd wyników badań diagnostycznych
- II.7.9.11 Możliwość zlecenia badań laboratoryjnych i diagnostycznych/prezentacja zleceń
- II.7.9.12 Wprowadzanie wyników pomiarów i przegląd wyników pomiarów w formie wykresów.
- II.7.9.13 Przegląd dokumentacji pacjenta
- II.7.9.14 Prezentowanie danych o alergiach i zakażeniach





## **II.7.10 Moduł/grupa funkcjonalności: „Szpitalny portal e-usług”**

- II.7.10.1 Funkcjonalności dostępne dla personelu - konfiguracja i administrowanie, bieżąca obsługa:
- II.7.10.2
- II.7.10.3 Odzwierciedlenie struktury organizacyjnej jednostki Partnera Projektu w układzie hierarchicznym, w postaci interaktywnego diagramu,
- II.7.10.4 Wprowadzanie i prezentacja formatowanych opisów poszczególnych komórek organizacyjnych,
- II.7.10.5 Wprowadzanie informacji o godzinach pracy komórek organizacyjnych; możliwość przepisania godzin pracy z informacji zarejestrowanych dla jednostki nadrzędnej.
- II.7.10.6 Wprowadzanie informacji o personelu realizującym usługi medyczne; rejestracja informacji o grupach zawodowych i specjalnościach personelu.
- II.7.10.7 Wprowadzanie informacji o godzinach pracy personelu (harmonogramach pracy personelu).
- II.7.10.8 Integracja rejestru personelu z odpowiadającym rejestrem po stronie pozostałych modułów/grup funkcjonalności systemu,
- II.7.10.9 Wprowadzanie informacji o usługach realizowanych w jednostce Partnera Projektu; wprowadzanie opisów usług w postaci formatowanych tekstów,
- II.7.10.10 Definiowanie rodzajów świadczonych usług, przypisywanie usług do zdefiniowanych grup.
- II.7.10.11 Definiowanie statusu wyboru personelu dla definiowanych usług (wybór personelu możliwy, niemożliwy, wymagany).
- II.7.10.12 Definiowanie wymagalności skierowania do realizacji usługi; określenie możliwości lub konieczności rejestracji danych skierowania w czasie rezerwacji terminu udzielenia usługi.
- II.7.10.13 Wprowadzanie informacji o szczególnych warunkach udzielania usług (zalecenia dla pacjentów odnośnie realizacji usługi) w postaci formatowanych tekstów.



- II.7.10.14 Wprowadzanie informacji o wymaganych dokumentach (załącznikach) związanych z definiowaną usługą.
- II.7.10.15 Możliwość dołączenia załączników w postaci pliku.
- II.7.10.16 Integracja rejestru usług medycznych z odpowiadającym mu rejestrem prowadzonym po stronie pozostałych modułów/grup funkcjonalności systemu,
- II.7.10.17 Wskazanie usług, dla których możliwa jest rezerwacja terminu ich realizacji,
- II.7.10.18 Wskazanie usług zleczanych stanowiących grupy badań dostępnych dla danego kontrahenta; przypisanie poszczególnych badań do usług zleczanych,
- II.7.10.19 Możliwość bieżącego wprowadzania informacji o przerwach w dostępności elementów struktury organizacyjnej jednostki Partnera Projektu.
- II.7.10.20 Automatyczne aktualizowanie informacji o dostępności usług w komórkach organizacyjnych na podstawie uprzednio wprowadzonych danych o dostępności tych komórek,
- II.7.10.21 Możliwość definiowania parametrów rezerwacji dla usług dostępnych w komórkach organizacyjnych:
  - II.7.10.21.1 maksymalna liczba jednoczasowych rezerwacji tego samego pacjenta,
  - II.7.10.21.2 minimalny interwał czasu pomiędzy datą rejestracji a datą realizacji usługi,
  - II.7.10.21.3 maksymalny okres czasu względem daty rezerwacji, w którym możliwe jest ustalenie planowanego terminu udzielenia usługi,
- II.7.10.22 Wprowadzanie informacji o dostępności usług w komórkach organizacyjnych na podstawie harmonogramu; podpowiadanie definicji harmonogramu na podstawie godzin otwarcia jednostki; Możliwość wprowadzenia ciągłej dostępności usług w jednostkach organizacyjnych,
- II.7.10.23 Rejestracja informacji o dostępności personelu na podstawie harmonogramu; podpowiadanie harmonogramów personelu na podstawie godzin pracy zdefiniowanych w rejestrze personelu.
- II.7.10.24 Automatyczne aktualizowanie informacji o dostępności usług udzielanych przez określony personel na podstawie uprzednio wprowadzonych danych o dostępności personelu.



- II.7.10.25 Możliwość dowolnej modyfikacji zdefiniowanych dostępności: usuwanie dostępnych okresów; modyfikacja dat dostępnych okresów; dodawanie nowych okresów dostępności.
- II.7.10.26 Definiowanie klas pacjentów – użytkowników portalu.
- II.7.10.27 Definiowanie parametrów rezerwacji dla poszczególnych klas pacjentów:
  - II.7.10.27.1 maksymalna liczba rezerwacji terminów realizacji dostępnych usług dla pacjentów określonej klasy,
  - II.7.10.27.2 maksymalny okres rezerwacji terminów udzielenia usług,
  - II.7.10.27.3 tryb potwierdzenia rezerwacji:
    - II.7.10.27.3.1 bez potwierdzenia,
    - II.7.10.27.3.2 potwierdzenie e-mail,
    - II.7.10.27.3.3 potwierdzenie SMS,
- II.7.10.28 Możliwość określenia sposobu powiadamiania pacjentów określonej klasy o anulowaniu rezerwacji:
  - II.7.10.28.1 bez powiadomień,
  - II.7.10.28.2 powiadomienie e-mail,
  - II.7.10.28.3 powiadomienie SMS,
- II.7.10.29 Możliwość określenia sposobu powiadamiania pacjentów określonej klasy o zmianie planowanego terminu udzielenia usługi:
  - II.7.10.29.1 bez powiadomień,
  - II.7.10.29.2 powiadomienie e-mail,
  - II.7.10.29.3 powiadomienie SMS,
- II.7.10.30 Możliwość określenia sposobu powiadamiania pacjentów określonej klasy o zbliżającym się terminie udzielenia usługi:
  - II.7.10.30.1 bez powiadomień,
  - II.7.10.30.2 powiadomienie e-mail,
  - II.7.10.30.3 powiadomienie SMS,
- II.7.10.31 Możliwość określenia interwału czasu przed zaplanowanym terminem udzielenia usługi, kiedy zostanie wysłane powiadomienie,
- II.7.10.32 Możliwość definiowania wielu powiadomień o zbliżającym się terminie udzielenia usługi dla danej rezerwacji,



- II.7.10.33   Możliwość definiowania uprawnień dla poszczególnych klas użytkowników-pacjentów;
- II.7.10.34   Integracja uprawnień dla użytkowników-pacjentów z uprawnieniami zarządzanymi w module/grupie funkcjonalności „Administrator”,
- II.7.10.35   Przegląd danych pacjentów zarejestrowanych w portalu.
- II.7.10.36   Możliwość zatwierdzenia przez pracowników szpitala (autoryzacja) zarejestrowanych pacjentów jako użytkowników portalu,
- II.7.10.37   Możliwość rejestracji pacjentów jako użytkowników portalu przez pracowników szpitala – możliwość udostępnienia funkcjonalności portalu poszczególnym pacjentom bez konieczności rejestrowania się pacjenta na stronie internetowej,
- II.7.10.38   Wprowadzanie kontrahentów obsługiwanych w portalu,
- II.7.10.39   Wprowadzanie pracowników kontrahenta – użytkowników portalu; przydzielanie uprawnień pracownikom kontrahenta,
- II.7.10.40   Wprowadzanie pacjentów powiązanych z danym kontrahentem,
- II.7.10.41   Import danych pacjentów związanych z kontrahentem z pliku zewnętrznego (plik csv),
- II.7.10.42   Wprowadzanie umów zawartych z kontrahentem,
- II.7.10.43   Wprowadzanie usług realizowanych na rzecz danego kontrahenta na podstawie określonej umowy, Możliwość rejestracji ilościowych limitów usług,
- II.7.10.44   Wprowadzanie dostępności usług w ramach określonych umów zawartych z kontrahentem,
- II.7.10.45   Integracja rejestru kontrahentów z odpowiadającym mu rejestrem dostępnym z poziomu pozostałych modułów/grup funkcjonalności systemu,
- II.7.10.46   Możliwość wysyłania/odbierania wiadomości do/od pacjentów zarejestrowanych w portalu (funkcjonalność taka jak w typowym programie do obsługi poczty e-mail),
- II.7.10.47   Możliwość wysyłania wiadomości do wszystkich lub wybranych pacjentów-użytkowników portalu
- II.7.10.48   Możliwość wysyłania wiadomości typu komunikat, na które nie można odpowiadać,
- II.7.10.49   Możliwość formatowania treści wiadomości (czcionka, kolor, justowanie, odnośniki do innych stron),



- II.7.10.50   Możliwość wysyłania wiadomości SMS do pacjentów-użytkowników portalu,
- II.7.10.51   Funkcjonalności dostępne dla pacjentów-użytkowników:
- II.7.10.52   Obsługa rejestracji nowego użytkownika portalu (nowe konto użytkownika) z poziomu witryny portalu,
- II.7.10.53   Potwierdzenie utworzenia konta użytkownika:
  - II.7.10.53.1   poprzez wprowadzenie przez pacjenta-użytkownika kodu udostępnionego przez SMS,
  - II.7.10.53.2   poprzez wprowadzenie przez pacjenta-użytkownika kodu udostępnionego przez e-mail,
- II.7.10.54   Możliwość aktualizacji profilu pacjenta-użytkownika portalu; możliwość aktualizacji danych kontaktowych: adresu e-mail, nr-telefonu; adresu zamieszkania,
- II.7.10.55   Możliwość ustawienia nowego hasła po poprawnej weryfikacji adresu e-mail lub numeru telefonu użytkownika poprzez wprowadzenie kodu potwierdzenia przesłanego przez system,
- II.7.10.56   Możliwość określenia parametrów powiadomień o zbliżającym się terminie udzielenia usługi (interwał czasu przed planowanym terminem, tryb powiadamiania) zdefiniowanych w systemie jako możliwe do ustawiania przez pacjenta-użytkownika,
- II.7.10.57   Rezerwacja terminu udzielenia usługi – wskazanie daty i czasu planowanej realizacji wizyty, miejsca realizacji (element struktury organizacyjnej) i personelu realizującego (opcjonalnie; w zależności od statusu wyboru personelu zdefiniowanego dla usługi),
- II.7.10.58   Możliwość/konieczność rejestracji danych skierowania w czasie rezerwacji terminu udzielenia dla usług o odpowiednim statusie wymagalności danych skierowania,
- II.7.10.59   Grupowanie usług do rezerwacji wg zdefiniowanych rodzajów usług,
- II.7.10.60   Grupowanie usług wg zawodu personelu realizującego (np. lekarze, fizjoterapeuci),
- II.7.10.61   Przegląd rejestru rezerwacji wizyt pacjenta z wyróżnieniem stanu usługi (planowana, zrealizowana, anulowana),
- II.7.10.62   Możliwość anulowania rezerwacji wizyty,
- II.7.10.63   Możliwość zmiany terminu planowanej wizyty przez pacjenta,



- II.7.10.64 Możliwość wydruku potwierdzenia rezerwacji wizyty zawierający informacje o usłudze, miejscu realizacji oraz planowaną datę realizacji usługi,
- II.7.10.65 Możliwość przeglądu zarejestrowanych zleceń wykonania badań z wyróżnieniem stanu realizacji badania (zarejestrowane/zlecone/w trakcie realizacji/zrealizowane/anulowane)
- II.7.10.66 Możliwość wysyłania poprzez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta przypomnień o zbliżających się terminach wizyt.
- II.7.10.67 Możliwość wysyłania poprzez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o anulowaniu rezerwacji przez personel jednostki,
- II.7.10.68 Możliwość wysyłania poprzez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o zmianie terminu realizacji usługi dokonanej przez personel jednostki,
- II.7.10.69 Wysyłanie wiadomości do jednostki ; możliwość formatowania treści wiadomości (czcionka, kolor, justowanie, odnośniki do innych stron).
- II.7.10.70 Przegląd wysłanych wiadomości; wyróżnienie wiadomości nieprzeczytanych; wyszukiwanie wiadomości wg tematu, daty wysłania i odbiorcy,
- II.7.10.71 Funkcjonalności dostępne dla kontrahentów:
- II.7.10.72 Rejestracja personelu kontrahenta – użytkowników portalu,
- II.7.10.73 Możliwość aktualizacji danych (profilu) personelu kontrahenta,
- II.7.10.74 Rejestracja pacjentów związanych z kontrahentem,
- II.7.10.75 Przegląd usług realizowanych w jednostce na rzecz kontrahenta wraz z harmonogramami realizacji tych usług,
- II.7.10.76 Rezerwacja terminu udzielenia usługi dla wskazanego pacjenta kontrahenta,
- II.7.10.77 Możliwość anulowania rezerwacji terminu udzielenia usługi medycznej,
- II.7.10.78 Możliwość zmiany planowanego terminu realizacji usługi medycznej dla wskazanej rezerwacji,
- II.7.10.79 Przegląd rezerwacji terminów udzielenia usług medycznych z wyróżnieniem stanu rezerwacji (planowane, zrealizowane, anulowane),
- II.7.10.80 Wydruk potwierdzenia rezerwacji terminu udzielenia usług medycznych,



- II.7.10.81      Możliwość rejestracji zlecenia wykonania badań; rejestracja danych skierowania na badania: instytucja kierująca, lekarz kierujący,
- II.7.10.82      Możliwość rejestracji danych o pobraniu materiałów do zleconych badań,
- II.7.10.83      Możliwość wydruku potwierdzenia zlecenia badań
- II.7.10.84      Przegląd zarejestrowanych zleceń wykonania badań z wyróżnieniem stanu realizacji badania (zarejestrowane/zlecone/w trakcie realizacji/zrealizowane/anulowane),
- II.7.10.85      Wydruk raportu prezentującego liczby zrealizowanych usług w określonym czasie,
- II.7.10.86      Wydruk raportu – zestawienia usług zrealizowanych na rzecz danego kontrahenta w określonym czasie,

## **II.8      MODUŁY DODATKOWE**

### **II.8.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „Bank Krwi”**

- II.8.1.1      Ewidencja dostaw krwi i jej składników krwiopochodnych,
- II.8.1.2      Wykorzystanie słowników: preparatów, jednostek miar, lekarzy zlecających itp. możliwość definiowania grup. System musi pozostawiać możliwość przyporządkowania składników krwi do wielu grup.
- II.8.1.3      Wgląd w informacje o preparatach z kończącym się terminem ważności i preparatach przeterminowanych,
- II.8.1.4      Sporządzanie zamówień do dostawców z rozbiem na: zamówienia zbiorcze i zamówienia indywidualne,
- II.8.1.5      Możliwość określenia stanów minimalnych i maksymalnych,
- II.8.1.6      Rejestracja korekt do dokumentów ewidencjonujących dostawy,
- II.8.1.7      Ewidencja zwrotów i reklamacji do dostawców
- II.8.1.8      Weryfikacja dokumentów przychodowych z podpisanymi umowami z dostawcą (kontrola cen),
- II.8.1.9      Ewidencja wydania do jednostki Szpitalnej
- II.8.1.10     Przyjmowanie zamówień z jednostek organizacyjnych:
  - II.8.1.10.1     ręczne,



- II.8.1.10.2 elektroniczne.
- II.8.1.11 Ewidencja zwrotów z oddziałów:
  - II.8.1.11.1 ręczne,
  - II.8.1.11.2 elektroniczne.
- II.8.1.12 Możliwość automatycznej realizacji zamówień przychodzących z Oddziałów i innych jednostek organizacyjnych
- II.8.1.13 Zapewnienie w trakcie realizacji zapotrzebowań bieżących informacji o:
  - II.8.1.13.1 Ilości zamówionej,
  - II.8.1.13.2 Ilości na stanie magazynowym Banku Krwi
  - II.8.1.13.3 Ilości w reklamacji
- II.8.1.14 Generowanie i drukowanie arkusza do spisu z natury
- II.8.1.15 Generowanie i drukowanie arkusza do spisu z natury na podstawie zadanych grup oraz rodzajów kosztów;
- II.8.1.16 Inwentaryzacja częściowa na podstawie krwi i jej składników lub rodzajów kosztów
- II.8.1.17 Możliwość eksportu dokumentu remanentu do modułu F-K
- II.8.1.18 Ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych
- II.8.1.19 Możliwość wykonywania zestawień dla poszczególnych grup
- II.8.1.20 Możliwość stworzenia bieżących raportów i zestawień umożliwiających m.in.:
  - II.8.1.20.1 przegląd stanów magazynowych na wybrany dzień,
  - II.8.1.20.2 przegląd bieżących stanów magazynowych,
  - II.8.1.20.3 analizę zużycia preparatów,
  - II.8.1.20.4 analizę obrotów preparatów
- II.8.1.21 Możliwość stworzenia bieżących raportów i zestawień umożliwiających analizę przychodów i rozchodów m.in. według:
  - II.8.1.21.1 środków,
  - II.8.1.21.2 dostawców, jednostek organizacyjnych,
  - II.8.1.21.3 pacjentów,
  - II.8.1.21.4 dokumentów,
- II.8.1.22 Możliwość stworzenia bieżących raportów i zestawień m.in.:
  - II.8.1.22.1 rozliczenie i kontrolę dostawców,





- II.8.1.22.2 indywidualne rozliczenie pacjentów,
- II.8.1.23 Przegląd aktualnych stanów magazynowych z  
możliwością wglądu w: informacje o preparacie, obroty i dostawy  
dla każdego preparatu:
  - II.8.1.23.1 z wybranego magazynu,
  - II.8.1.23.2 z wybranej grupy.
- II.8.1.24 Przegląd i kontrola obrotów w Oddziałach.
- II.8.1.25 Obsługa danych archiwalnych dot. obrotu
- II.8.1.26 Komunikacja z systemem Finansowo-Księgowym w zakresie  
przekazywania faktur, dokumentów kosztowych:
  - II.8.1.26.1 dostępność funkcji wartościowego, syntetycznego  
zapisu obrotu materiałowego i kosztów rodzajowych w podziale  
na OPK na kontach księgi głównej FK oraz tworzenia  
rozrachunków z kontrahentami na podstawie dokumentów PZ
  - II.8.1.26.2 możliwość elastycznego tworzenia wzorców eksportu  
do FK dla dokumentów magazynowych (PZ, RW, MM oraz inne),
- II.8.1.27 Zwrot z oddziałów z automatyczną aktualizacją stanów na  
Oddziale,
- II.8.1.28 Wydawanie na oddziały za pomocą dokumentów RW na  
podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych
- II.8.1.29 Obsługa reklamacji,
- II.8.1.30 Ubytki i straty nadzwyczajne,
- II.8.1.31 Korekta stanów magazynowych,
- II.8.1.32 Możliwość wstrzymania obrotu
- II.8.1.33 Bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego,
- II.8.1.34 Przegląd stanów magazynowych bieżących oraz na wybrany  
dzień,
- II.8.1.35 Możliwość definiowania własnych grup preparatów  
(globalnych ),
- II.8.1.36 Możliwość automatycznego numerowania dokumentów  
(numery tworzone wg definiowanego wzorca)
- II.8.1.37 Kontrola dat ważności oraz możliwość automatycznego  
zdejmowania ze stanów magazynowych preparatów  
przeterminowanych,



- II.8.1.38 Komunikacja z modułami/systemami ewidencjonującymi ruch chorych w szpitalu oraz laboratorium,
- II.8.1.39 Możliwość automatycznego kasowania więcej niż jednej pozycji z dokumentu przychodu lub rozchodu,
- II.8.1.40 Możliwość ewidencji rozchodu preparatów na oddziały i na pacjenta (RWP):
- II.8.1.41 Zwrot do Bank Krwi,
- II.8.1.42 Generowanie zamówień do Banku Krwi,
- II.8.1.43 Korekta wydań preparatów,
- II.8.1.44 Prowadzenie dziennika akcji wykonanych w systemie (logi)

## **II.8.2 Moduł/grupa funkcjonalności: „Wsparcie zarządzania systemem jakości”**

- II.8.2.1 W ramach modułu/grupy funkcjonalności dotyczącej wsparcia zarządzania systemem jakości należy dostarczyć i wdrożyć portal intranetowy, który powinien udostępniać następujące funkcjonalności:
  - II.8.2.2 Kalendarz
    - II.8.2.2.1 Widok kalendarza w układzie miesięcznym, tygodniowym, pięciodniowym, dziennym oraz wykresu Gantta.
    - II.8.2.2.2 Możliwość dodawania aktywności do kalendarza ze wskazaniem ich opisu, czasu trwania, lokalizacji.
    - II.8.2.2.3 Możliwość komentowania aktywności przez osoby posiadające uprawnienia do danej aktywności.
    - II.8.2.2.4 Możliwość definiowania powtórzeń dla aktywności - dzienne, tygodniowe, miesięczne i roczne
    - II.8.2.2.5 Możliwość oznaczania aktywności jako prywatne
    - II.8.2.2.6 Możliwość załączania załączników do aktywności
    - II.8.2.2.7 Możliwość zapraszania do aktywności innych użytkowników lub działów
    - II.8.2.2.8 Możliwość akceptacji i odrzucania zaproszeń do aktywności oraz podgląd tych statusów przez zapraszającego
    - II.8.2.2.9 Podgląd na widoku kalendarza grafika pracy z podsystemu kadrowego systemu informatycznego jednostki z rozróżnieniem grafików planowanych i realizowanych.



- II.8.2.2.10      Możliwość definiowania kalendarzy dla działów firmy dostępnych automatycznie jedynie dla pracowników danego działu
- II.8.2.2.11      Współdzielenie kalendarzy
- II.8.2.2.12      Obsługa dostępu do kalendarza w trybie sekretarza/sekretarki z wyłączeniem aktywności oznaczonych jako prywatne.
- II.8.2.2.13      Synchronizacja z urządzeniami mobilnymi z zainstalowanym systemem Google Android,
- II.8.2.2.14      Możliwość podglądu kalendarza innych użytkowników przez uprawnione osoby
- II.8.2.2.15      Możliwość personalizacji kalendarza przez każdego pracownika
- II.8.2.3         Klient poczty
  - II.8.2.3.1        Zgodność z serwerami pocztowymi obsługującymi IMAP i POP3
  - II.8.2.3.2        Możliwość ograniczenia do obsługi poczty wewnętrznej organizacji
  - II.8.2.3.3        Adresowanie poczty z wykorzystaniem bazy kontaktów (prywatnej i ogólnofirmowej)
  - II.8.2.3.4        Przeszukiwanie poczty wg. adresów, tematów i zawartości wiadomości.
- II.8.2.4         Kontakty
  - II.8.2.4.1        Obsługa kontaktów indywidualnych
  - II.8.2.4.2        Obsługa kontaktów grupowych (np. ordynatorzy, lekarze)
  - II.8.2.4.3        Obsługa kontaktów wspólnych dla całej organizacji.
  - II.8.2.4.4        Możliwość grupowania kontaktów w nieograniczonej strukturze drzewiastej
  - II.8.2.4.5        Synchronizacja z urządzeniami mobilnymi z zainstalowanym systemem Google Android,
  - II.8.2.4.6        Brak ograniczeń na ilość kontaktów i ilość adresów w ramach kontaktu
- II.8.2.5         Zadania
  - II.8.2.5.1        Obsługa priorytetów



- II.8.2.5.2      Możliwość definiowania daty ukończenia, ilości godzin planowanych oraz faktycznej ilości godzin zrealizowanych
- II.8.2.5.3      Możliwość zlecania zadań innym osobom lub działom
- II.8.2.5.4      Możliwość akceptacji bądź odrzucania wykonania zadania (wielokrotnie) przez zlecającego
- II.8.2.6        Wiadomości błyskawiczne
  - II.8.2.6.1      Możliwość przekazania wiadomości błyskawicznej do innego użytkownika lub działu.
- II.8.2.7        Chat
  - II.8.2.7.1      Możliwość podglądu historii prywatnych rozmów
  - II.8.2.7.2      Rozmowy prywatne, ogólne oraz grupowe
- II.8.2.8        Samoobsługa w sprawach pracowniczych:
- II.8.2.9        Urlopy
  - II.8.2.9.1      Integracja z systemem kadrowym w zakresie wyświetlania ilości dostępnego urlopu.
  - II.8.2.9.2      Składanie wniosku urlopowego z rozróżnieniem na typ (wypoczynkowy, opieka nad dzieckiem, na żądanie, zdrowotny)
  - II.8.2.9.3      Dwupoziomowy system akceptacji wniosków - przez przełożonego oraz pracownika kadr.
  - II.8.2.9.4      Automatyczne przekazywanie zaakceptowanego wniosku do systemu Kadrowego.
  - II.8.2.9.5      Prezentacja zaakceptowanego urlopu jako aktywności na kalendarzu
- II.8.2.10       Obsługa wyjść z pracy (służbowych i prywatnych)
  - II.8.2.10.1     Możliwość zgłaszania wniosków o wyjście
  - II.8.2.10.2     Możliwość akceptacji lub odrzucania wniosków przez przełożonego
  - II.8.2.10.3     Prezentacja zaakceptowanego wyjścia jako aktywności na kalendarzu
- II.8.2.11       Baza wiedzy
  - II.8.2.11.1     Publikowanie i przeglądanie bazy wiedzy.
  - II.8.2.11.2     Możliwość organizowania bazy wiedzy w strukturze drzewiastej
  - II.8.2.11.3     Możliwość dodawania obrazów i załączników



- II.8.2.11.4      Możliwość przeniesienia artykułu do Archiwum Bazy wiedzy
- II.8.2.11.5      Możliwość przeniesienia katalogu do Archiwum Bazy wiedzy
- II.8.2.12      Zgłoszenia usterek i uwag do dowolnego działu (np. technicznego, IT).
  - II.8.2.12.1      Możliwość wskazania środka trwałego z ewidencji systemu środków trwałych, którego dotyczy zgłoszenie
  - II.8.2.12.2      Możliwość zdefiniowania przez użytkowników pracujących przy zgłoszeniu elementów: planowana data realizacji, pracochłonność, planowane i tymczasowe rozwiązanie.
  - II.8.2.12.3      Obsługa statusów realizacji zgłoszenia i komentarza.
  - II.8.2.12.4      Możliwość wydruku zgłoszenia
  - II.8.2.12.5      Możliwość przypisania zgłoszenia do serwisanta
  - II.8.2.12.6      Możliwość ustalenia ostatecznego terminu wykonania zgłoszenia
  - II.8.2.12.7      Wyróżnienie kolorem przeterminowanych zgłoszeń (zgłoszeń, którym minął ostateczny termin wykonania zgłoszenia)
  - II.8.2.12.8      Możliwość ustalenia priorytetu dla zgłoszenia przez osobę obsługującą zgłoszenie
- II.8.2.13      Tablica ogłoszeń
  - II.8.2.13.1      Możliwość tworzenia ogłoszeń ogólnych, jak i dla poszczególnych działów
  - II.8.2.13.2      Możliwość tworzenia ogłoszeń koniecznych do potwierdzenia zapoznania się z treścią przez pracownika
  - II.8.2.13.3      Dostępne zestawienia z listą użytkowników, którzy otworzyli ogłoszenie oraz takich, którzy potwierdzili zapoznanie się z treścią
- II.8.2.14      Zarządzanie zasobami
  - II.8.2.14.1      Możliwość definiowania bazy zasobów z uwzględnieniem możliwości tworzenia grup/typów.
  - II.8.2.14.2      Określony zasób może należeć do wielu grup
  - II.8.2.14.3      Możliwość definiowania zasobów, których rezerwacja nie ma konieczności akceptacji przez zarządzającego zasobami oraz takich z koniecznością akceptacji



- II.8.2.14.4      Możliwość rezerwacji zasobów przez pracowników poprzez składanie wniosków
- II.8.2.14.5      Możliwość akceptacji bądź odrzucenia wniosku przez zarządzającego zasobem
- II.8.2.14.6      Podgląd kalendarza zajętości zasobu
- II.8.2.14.7      Dostęp do grafiku czasu pracy (planowanego i realizowanego)
- II.8.2.14.8      Grafik czasu pracy (planowany i realizowany) w rozbiciu na umowę o pracę i kontrakt
- II.8.2.14.9      Możliwość wystawienia załącznika do faktury lub rachunku na podstawie zrealizowanego grafika czasu pracy zarejestrowanego w systemie ewidencji czasu pracy.
- II.8.2.15      Bezpieczne repozytorium dokumentów ( dalej nazywane Repozytorium)
- II.8.2.16      Dostęp do repozytorium dokumentów:
  - II.8.2.16.1      przez przeglądarkę internetową bez konieczności instalacji dodatkowych komponentów.
  - II.8.2.16.2      bezpośrednio z pakietów biurowych MS Office ,Open Office i Libre Office po zainstalowaniu odpowiedniej wtyczki w powyższym oprogramowaniu
  - II.8.2.16.3      poprzez mapowany zasób sieciowy ( protokół WebDav)
- II.8.2.17      Wersjonowanie dokumentów w repozytorium
  - II.8.2.17.1      Repozytorium musi zapewniać automatyczne wersjonowanie dokumentów.
  - II.8.2.17.2      Repozytorium musi zapewnić narzędzia audytowe zapewniające informację kto, kiedy i z jakiego adresu IP: otworzył dokument, modyfikował dokument, skasował dokument, przeniósł dokument, modyfikował meta dane związane z dokumentem.
  - II.8.2.17.3      Repozytorium musi umożliwiać nadawanie uprawnień dla dokumentów z dokładnością do ich fragmentów w przypadku dokumentów edytora tekstu MS Office w zakresie co najmniej formatów DOCX, XLSX,.
  - II.8.2.17.4      System ochrony dokumentów musi umożliwiać szyfrowanie dokumentów w formatach DOCX i XSLX wyciąganych poza repozytorium, tak aby były one bezużyteczne dla osób nie



posiadających odpowiednich uprawnień oraz dedykowanych narzędzi.

II.8.2.18 System musi pozwalać na precyzyjne określanie uprawnień użytkowników do zabezpieczonych dokumentów i/lub ich fragmentów. Minimalnie system powinien pozwalać na określenie uprawnienia do:

- II.8.2.18.1 przeglądania dokumentu,
- II.8.2.18.2 edytowania dokumentu,
- II.8.2.18.3 zmiany uprawnień do dokumentu

II.8.2.19 System ochrony dokumentów musi być zintegrowany z repozytorium dokumentów, m.in. w momencie dodawania dokumentu o danej grupie zabezpieczeń, system powinien automatycznie szyfrować ten dokument oraz wszystkie wygenerowane konwersje. Od tego momentu dokument musi pozostawać jedynie w wersji zaszyfrowanej.

II.8.2.20 System musi dostarczyć narzędzie integrujące się z MS Office umożliwiające pracę z zaszyfrowanymi dokumentami bezpośrednio z poziomu tych aplikacji.

II.8.2.21 System musi umożliwiać pracę off-line z zabezpieczonymi dokumentami.

II.8.2.22 System musi zapewnić okienko informacyjne w razie odmowy dostępu z informacją o przyczynie.

II.8.2.23 System musi zbierać do centralnego serwera informacje audytowe o wszelkich próbach dostępu (także nieudanych próbach) wykonywanych na dokumencie.

### **II.8.3 Moduł/grupa funkcjonalności: „Radiologiczny System Informacyjny”**

II.8.3.1 Ewidencja badań i wyników – elektroniczny odbiór zleceń badań i elektroniczne przesyłanie ich do zleceniodawcy.

II.8.3.2 Dostęp do skorowidza pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych badań. Po wpisaniu danych jednoznacznie identyfikujących pacjenta np. numeru PESEL prezentowane są wszystkie wyniki badań dla pacjenta.

II.8.3.3 Dostęp do skorowidza pacjenta z możliwością zmiany danych pacjenta w zakresie:

- II.8.3.3.1 imię i nazwisko,
- II.8.3.3.2 PESEL, dokument tożsamości,



- II.8.3.3.3 data i miejsce urodzenia, płeć,
- II.8.3.3.4 adres zamieszkania / czasowy / pobytu,
- II.8.3.3.5 ubezpieczyciel ,
- II.8.3.3.6 kod TERYT.
- II.8.3.4 Walidacja adresu zamieszkania / czasowego / pobytu pacjenta wg wymagań NFZ.
- II.8.3.5 Prezentacja badań w postaci listy roboczej zawierającej:
  - II.8.3.5.1 numer pacjenta,
  - II.8.3.5.2 imię i nazwisko,
  - II.8.3.5.3 PESEL,
  - II.8.3.5.4 wiek,
  - II.8.3.5.5 kod i nazwę badania,
  - II.8.3.5.6 numer zlecenia,
  - II.8.3.5.7 status zlecenia,
  - II.8.3.5.8 jednostkę zlecającą,
  - II.8.3.5.9 planowana data wykonania,
  - II.8.3.5.10 datę wykonania,
  - II.8.3.5.11 datę zlecenia,
  - II.8.3.5.12 lekarz wykonujący określony na skierowaniu,
  - II.8.3.5.13 status wydrukowania wyników,
  - II.8.3.5.14 status nagrywania płyty CD / DVD.
- II.8.3.6 System umożliwia każdemu użytkownikowi zapisanie własnych ustawień listy roboczej w zakresie wyświetlanych kolumn. Ustawienia są dostępne również po ponownym zalogowaniu się do systemu.
- II.8.3.7 Możliwość sortowania listy roboczej wg wybranej kolumny.
- II.8.3.8 System umożliwia każdemu użytkownikowi zapisanie własnych ustawień listy roboczej w zakresie sortowania danych po wybranej kolumnie (rosnąco lub malejąco). Ustawienia są dostępne również po ponownym zalogowaniu się do systemu.
- II.8.3.9 Możliwość prezentacji listy roboczej wg następujących parametrów:
  - II.8.3.9.1 zakres dat,





- II.8.3.9.2 jednostki Kierujące,
- II.8.3.9.3 rodzaj badania,
- II.8.3.9.4 status badania,
- II.8.3.10 Wyszukanie badania na liście roboczej po wpisaniu numeru badania, w tym numeru badania z systemu nadrzędnego lub imienia i nazwiska pacjenta, numeru PESEL pacjenta lub identyfikatora pacjenta.
- II.8.3.11 Możliwość wydruku listy roboczej.
- II.8.3.12 Rejestracja pacjentów z uwzględnieniem następujących danych:
  - II.8.3.12.1 imię i nazwisko,
  - II.8.3.12.2 PESEL,
  - II.8.3.12.3 dokument tożsamości,
  - II.8.3.12.4 data i miejsce urodzenia, płeć,
  - II.8.3.12.5 adres zamieszkania / czasowy / pobytu,
  - II.8.3.12.6 ubezpieczyciel,
  - II.8.3.12.7 kod TERYT.
- II.8.3.13 Rejestracja badań z uwzględnieniem następujących danych:
  - II.8.3.13.1 data i rodzaj skierowania,
  - II.8.3.13.2 lekarz kierujący,
  - II.8.3.13.3 jednostka Kierująca,
  - II.8.3.13.4 rozpoznanie ze skierowania z uwzględnieniem ICD 10,
  - II.8.3.13.5 płatnik,
  - II.8.3.13.6 tryb przyjęcia.
- II.8.3.14 Rejestracja pacjenta NN za pomocą jednego kliknięcia, system powinien automatycznie uzupełniać pola: imię, nazwisko informacjami NN, datę i godzinę przyjęcia pacjenta oraz pole z numerem PESEL liczbami zero, z możliwością późniejszego ich uaktualnienia.
- II.8.3.15 Administracja słownikami lekarzy i jednostek kierujących z poziomu aplikacji:
  - II.8.3.15.1 dodanie nowego wpisu do rejestru,
  - II.8.3.15.2 edycja istniejącego wpisu,
  - II.8.3.15.3 usunięcie istniejącego wpisu.



- II.8.3.16 Wbudowane mechanizmy kontroli poprawności numeru REGON, NIP jednostki kierującej i numeru prawa wykonywania zawodu dla lekarza kierującego. Uniemożliwienie wprowadzania w systemie duplikatów jednostek i lekarzy kierujących.
- II.8.3.17 Możliwość wystawienia faktury za wykonane badanie.
- II.8.3.18 Obsługa Księgi Pracowni.
- II.8.3.19 Rejestracja zleceń zewnętrznych i wewnętrznych.
- II.8.3.20 Planowanie wizyt w zakładzie.
- II.8.3.21 Możliwość anulowania zleconego badania z wpisaniem uzasadnienia.
- II.8.3.22 Przegląd i edycja katalogu badań wraz z możliwością modyfikacji cennika badań.
- II.8.3.23 Realizacja zlecenia w pracowni (zaplanowanie badania, rejestracja badania, opis, zużycie zasobów, weryfikacja wyników).
- II.8.3.24 Możliwość wprowadzania danych zlecenia i wyników badań w postaci ustrukturyzowanych formularzy składających się z różnego rodzaju pól (m. in. pola tekstowe, pola numeryczne, pola wyboru, listy rozwijane, pola z datą oraz pole umożliwiające załączenie dowolnego pliku związanego z danym badaniem).
- II.8.3.25 Tworzenie oraz modyfikacje istniejących formularzy za pomocą modułu administracyjnego.
- II.8.3.26 Możliwość wprowadzenia jednego opisu badania dla kilku badań zleconych dla jednego pacjenta w ramach jednej jednostki wykonującej i tego samego formularza wynikowego.
- II.8.3.27 Możliwość wprowadzenie dodatkowego zlecenia badania z listy roboczej i z ekranu wprowadzania wyniku.
- II.8.3.28 System zabezpiecza przed wprowadzeniem wyniku przez dwóch różnych lekarzy w tym samym czasie.  
W przypadku zablokowania wyniku do edycji użytkownik otrzymuje informacje kto i kiedy zablokował dane badanie.
- II.8.3.29 System umożliwia wyświetlenie listy aktualnie edytowanych badań wraz z danymi użytkownika, który wprowadza wynik.
- II.8.3.30 System umożliwia uprawnionym użytkownikom awaryjne zdjęcie blokady badania.
- II.8.3.31 Dostęp do wcześniejszych badań pacjenta z ekranu wprowadzania wyniku.



- II.8.3.32      Możliwość zapisu zużytych zasobów w kontekście wykonanego badania.
- II.8.3.33      Możliwość zapisania kliku usług dodatkowych wykonanych w ramach badań.
- II.8.3.34      Możliwość wprowadzenia powodu zmiany usługi w wykonanym badaniu.
- II.8.3.35      Blokowanie zmiany usługi w badaniach już opisanych.
- II.8.3.36      Zapis kodu Ministerstwa Zdrowia dla wykonanych badań.
- II.8.3.37      Możliwość podglądu danych zlecenia na ekranie wprowadzania wyniku bez konieczności jego zamykania w zakresie danych osobowych pacjenta i danych zlecenia.
- II.8.3.38      Czynności analityczno-sprawozdawcze, możliwość wykorzystania standardowych raportów i uniwersalnego modułu wydruków z możliwością zdefiniowania zakresu i postaci raportu.
- II.8.3.39      Rejestracja pacjentów dla dowolnej liczby pracowni w zakładzie.
- II.8.3.40      Rejestracja pacjentów z podziałem na szpitalnych, ambulatoryjnych i innych.
- II.8.3.41      Tworzenie list oczekujących na badania.
- II.8.3.42      Możliwość tworzenia predefiniowanych fraz opisowych / wzorców / szablonów tekstów możliwych do późniejszego wykorzystania przez użytkownika lub grupę użytkowników z możliwością określenia ich dostępności:
  - II.8.3.42.1      ogólnodostępnych,
  - II.8.3.42.2      ogólnodostępnych w kontekście jednostki organizacyjnej,
  - II.8.3.42.3      ogólnodostępnych dla konkretnych typów użytkownika,
  - II.8.3.42.4      ogólnodostępnych dla konkretnych typów użytkownika w kontekście jednostki organizacyjnej,
  - II.8.3.42.5      ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora,
  - II.8.3.42.6      ograniczonych do pojedynczego użytkownika /autora w kontekście jednostki organizacyjnej.
- II.8.3.43      Możliwość tworzenia predefiniowanych fraz opisowych ogólnodostępnych lub ograniczonych do pojedynczego użytkownika / autora.



- II.8.3.44 Funkcje analitycznocosztowe: m.in. analiza zużycia materiałów, klisz.
- II.8.3.45 Wydruki: medyczne i statystyczne, analizy rodzajów wykonywanych badań wg kryteriów: pracowni, rozpoznaj, jednostek zlecających, pacjentów ambulatoryjnych i szpitalnych; raporty o liczbie, rodzaju wykonanych badań; raporty własne użytkownika: system umożliwia predefiniowanie kryteriów tworzenia raportów.
- II.8.3.46 Udostępnianie danych wyłącznie osobom uprawnionym
- II.8.3.47 Zabezpieczanie transmisji danych przez szyfrowanie.
- II.8.3.48 Raport zdublowanych pacjentów.
- II.8.3.49 Możliwość łączenia zdublowanych pacjentów z poziomu raportu oraz przy pomocy oddzielnej funkcji w systemie.
- II.8.3.50 Możliwość ręcznego połączenia zlecenia w RIS z badaniem zarchiwizowanym w PACS.
- II.8.3.51 Funkcja łączenia badań musi umożliwiać wyświetlenie badania w postaci referencyjnej oraz w postaci diagnostycznej (m.in. celem dostępu do nagłówka DICOM).
- II.8.3.52 Dostęp do funkcji łączenia badań tylko dla uprawnionych użytkowników.
- II.8.3.53 Możliwość skanowania skierowań oraz innych dokumentów i zapamiętywanie ich w systemie dla danego badania z możliwością ich przeglądania.
- II.8.3.54 Rejestrowanie wydawanych wyników: kto i kiedy wynik odebrał.
- II.8.3.55 Funkcja umożliwia wydanie wielu wyników jednocześnie.
- II.8.3.56 Narzędzie do raportowania błędów w systemie, umożliwiające przesłanie szczegółowych informacji o błędzie oraz zrzutu ekranowego aplikacji do lokalnego administratora.
- II.8.3.57 Wyszukiwanie zaawansowane, m.in. 20 kryteriów z dowolnego przedziału czasowego wybranego przez użytkownika, w tym według:
  - II.8.3.57.1 numeru pacjenta,
  - II.8.3.57.2 imienia i nazwiska pacjenta,
  - II.8.3.57.3 wieku i płci pacjenta,
  - II.8.3.57.4 numeru PESEL pacjenta,
  - II.8.3.57.5 jednostki kierującej, lekarza kierującego,



- II.8.3.57.6 diagnozy ze skierowania (ICD 10),
  - II.8.3.57.7 frazy uwag ze skierowania, opisu badania (obejmuje wyszukiwanie po wyrażeniach),
  - II.8.3.57.8 lekarzy opisujących,
  - II.8.3.57.9 lekarza konsultującego,
  - II.8.3.57.10 statusu zlecenia,
  - II.8.3.57.11 płatnika,
  - II.8.3.57.12 nazwy usługi,
  - II.8.3.57.13 typu usługi,
  - II.8.3.57.14 zużytych zasobów,
  - II.8.3.57.15 jednostki wykonującej,
  - II.8.3.57.16 daty zlecenia/wykonania badania/wprowadzenia wyniku,
  - II.8.3.57.17 numeru księgi pracowni
- II.8.3.58 Możliwość szybkiego wyszukania zleceń danego pacjenta w zaawansowanym wyszukiwaniu badań z poziomu wyników ogólnego wyszukiwania.
- II.8.3.59 Prezentacja historii zmian danych zlecenia obejmującej:
- II.8.3.59.1 data modyfikacji,
  - II.8.3.59.2 rodzaj modyfikacji,
  - II.8.3.59.3 użytkownik dokonujący zmian,
  - II.8.3.59.4 jednostka kierująca,
  - II.8.3.59.5 lekarz kierujący,
  - II.8.3.59.6 status badania,
  - II.8.3.59.7 typ badania,
  - II.8.3.59.8 nazwa badania,
  - II.8.3.59.9 lekarz konsultujący,
  - II.8.3.59.10 lekarz opisujący,
  - II.8.3.59.11 uwagi ze skierowania,
  - II.8.3.59.12 rozpoznanie ze skierowania,
  - II.8.3.59.13 data zlecenia,
  - II.8.3.59.14 data wykonania,



- II.8.3.59.15 status udostępnienia badania obrazowego, treść opisu.
- II.8.3.60 Możliwość definiowania grafików dla urządzeń/personelu.
- II.8.3.61 Możliwość definiowania dni wolnych od pracy, które będą niedostępne w procesie planowania i oznaczone jako wolne w graficznym widoku terminarza.
- II.8.3.62 Możliwość wprowadzania czasowych blokad na grafikach (np. serwis urządzenia lub nieobecność pracownika).
- II.8.3.63 Możliwość podglądu zajętości wybranego grafika.
- II.8.3.64 Możliwość przemieszczania badań w ramach terminarza za pomocą przeciągnięcia i upuszczenia (drag-and-drop).
- II.8.3.65 Możliwość przeglądania kilku grafików w terminarzu w widoku dziennym / tygodniowym / miesięcznym lub w zakresie czasowym określonym przez użytkownika.
- II.8.3.66 Możliwość jednoczesnej prezentacji wielu grafików w terminarzu.
- II.8.3.67 Możliwość zaznaczenia i przemieszczenia wielu badań jednocześnie w terminarzu.
- II.8.3.68 Możliwość zaznaczenia i planowania wielu badań jednocześnie w terminarzu.
- II.8.3.69 Możliwość przemieszczania badań pomiędzy grafikami w terminarzu.
- II.8.3.70 Możliwość zmiany czasu trwania badania w terminarzu.
- II.8.3.71 Możliwość szybkiego planowania zleczonych badań za pomocą listy podpowiedzi, prezentowanej w trakcie zlecenia badania i zawierającej proponowane, dostępne terminy.
- II.8.3.72 Możliwość określania, które usługi wymagają planowania.
- II.8.3.73 Możliwość określania typowych czasów trwania usług na potrzeby planowania badań.
- II.8.3.74 Ograniczanie możliwości planowania badań na wybrany przedział czasowy w zależności od rodzaju jednostki zlecającej/kierującej.
- II.8.3.75 Ograniczanie możliwości planowania badań na wybrany przedział czasowy w zależności od wieku pacjenta.
- II.8.3.76 Możliwość wstępnej rezerwacji terminu badania, wraz z rozróżnieniem terminów wstępnie zarezerwowanych.



- II.8.3.77 Prezentacja osi czasu w terminarzu graficznym.
- II.8.3.78 Możliwość pracy terminarza graficznego w trybie pełnoekranowym.
- II.8.3.79 Możliwość pracy terminarza graficznego w trybie „tylko do odczytu”.
- II.8.3.80 Bezpośredni dostęp z poziomu terminarza graficznego do:
  - II.8.3.80.1 danych pacjenta,
  - II.8.3.80.2 danych zlecenia.
- II.8.3.81 Możliwość definiowania pasm w grafiku pracowni dostępnych dla jednej lub kilku zdefiniowanych jednostek zlecających.
- II.8.3.82 Dedykowane formularze wynikowe dla:
  - II.8.3.82.1 radiologii,
  - II.8.3.82.2 endoskopii,
  - II.8.3.82.3 kardiologii ,
  - II.8.3.82.4 USG.
- II.8.3.83 Prezentacja obrazów referencyjnych na ekranie wprowadzenia wyniku w postaci miniaturek.
- II.8.3.84 Możliwość pobrania wyniku badania obrazowego w formacie DICOM bezpośrednio na stację roboczą z zainstalowanym oprogramowaniem diagnostycznym min. eFilm, Siemens SyngoVia, SyngoXS, InSpace, AcomPC, Pixel Exhibeon, Kodak Carestream, Rsr2, Agfa Impax, Infinitt lub innym równoważnym programem diagnostycznym.
- II.8.3.85 System umożliwia pełną integrację z oprogramowaniem diagnostycznym eFilm, Siemens SyngoVia, SyngoXS, InSpace, AcomPC, Pixel Exhibeon, Kodak Carestream, Rsr2, Agfa Impax, Infinitt lub innym równoważnym programem diagnostycznym tzn. istnieje możliwość automatycznego uruchomienia programu diagnostycznego z poziomu systemu wraz z obrazem w jakości diagnostycznej.
- II.8.3.86 Możliwość nagrywania wyników badań z poziomu listy roboczej na płytach CD/DVD.
- II.8.3.87 Zapewnienie zintegrowanego podejścia dla całej jednostki dostarczanie radiologom i lekarzom obrazów medycznych w jakości diagnostycznej i referencyjnej. Wyniki obrazowe dostępne są również w RIS.
- II.8.3.88 Możliwość definiowania usług oraz zarządzania cennikiem badań.



- II.8.3.89 Generowanie i wykonywanie standardowych raportów, wykazów, podsumowań (ilości wykonanych badań w miesiącu z rozbiem na kierującego, procedurę wykonaną).
- II.8.3.90 Możliwość generowania następujących raportów, dla wskazanego okresu:
- II.8.3.90.1 Księga pracowni,
  - II.8.3.90.2 Liczba badań wg jednostek chorobowych,
  - II.8.3.90.3 Lista badań wg jednostek chorobowych,
  - II.8.3.90.4 Liczba badań wg jednostek kierujących,
  - II.8.3.90.5 Liczba badań wg oddziałów NFZ,
  - II.8.3.90.6 Liczba badań wg lekarzy kierujących,
  - II.8.3.90.7 Liczba badań wg lekarzy opisujących,
  - II.8.3.90.8 Raport niepełnych danych,
  - II.8.3.90.9 Lista badań wykonanych na urządzeniach diagnostycznych,
  - II.8.3.90.10 Wykaz pacjentów bez podanego NFZ,
  - II.8.3.90.11 Raport Badań wysłanych z urządzenia,
  - II.8.3.90.12 Liczba badań wg zakontraktowanych świadczeń
  - II.8.3.90.13 Lista badań wg zakontraktowanych świadczeń
  - II.8.3.90.14 Liczba badań wg ICD9
  - II.8.3.90.15 Lista badań wg. ICD9
- II.8.3.91 Generowanie wydruków zlecenia/wyniku dla wielu zleceń jednocześnie z poziomu listy roboczej: na skonfigurowaną w funkcji serwera wydruków drukarkę, na podgląd.
- II.8.3.92 Osadzenia na wydrukach zdjęć załączonych do wyniku zlecenia.
- II.8.3.93 Obsługa podpisu elektronicznego dla wygenerowanych wyników badania.
- II.8.3.94 Możliwość integracji za pomocą protokołów HL7 lub ASTM z dowolnym systemem HIS, który wspiera jeden z tych protokołów.
- II.8.3.95 Możliwość integracji za pomocą protokołów HL7 lub ASTM z dowolnym systemem pomocniczym/specjalizowanym, który wspiera jeden z tych protokołów.
- II.8.3.96 System umożliwia obsługę badań przesiewowych (screeningowych).





- II.8.3.97 System umożliwiający obliczenie aktywności źródeł promieniotwórczości. Dostęp do kalkulatora radioaktywności.
  
- II.8.3.98 IMPORT BADAŃ Z NOŚNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH
- II.8.3.99 Możliwość importu badań z nośników zewnętrznych, np. Pendrive, płyta CD/DVD, dysk lokalny.
- II.8.3.100 Możliwość podglądu obrazów podczas importu.
- II.8.3.101 Możliwość przesunięcia, powiększenia obrazu w podglądzie importowanego badania.
- II.8.3.102 Możliwość zmiany jasności/kontrastu obrazu w podglądzie importowanego badania.
- II.8.3.103 Możliwość podglądu nagłówka DICOM obrazu w importowanym badaniu.
- II.8.3.104 Możliwość importu tylko wybranych serii i obrazów.
- II.8.3.105 Możliwość ręcznego podania danych pacjenta/badania podczas importu.
- II.8.3.106 Możliwość pobrania danych pacjenta/badania z serwera list roboczych MWL podczas importu.
- II.8.3.107 Możliwość pobrania danych pacjenta/badania z serwera PACS podczas importu.
- II.8.3.108 Możliwość podglądu kolejki wysyłania importowanych badań do systemu PACS.
- II.8.3.109 Możliwość importu plików graficznych (jpg, png, tif, bmp, gif).
- II.8.3.110 Dostępność funkcjonalności z poziomu systemu RIS, umożliwiająca założenie pacjenta i zlecenia w systemie oraz zaimportowanie badania z nośnika bez konieczności przechodzenia pomiędzy różnymi modułami.
- II.8.3.111 Dostępność funkcjonalności z poziomu systemu RIS, zaimportowanie badania z nośnika do istniejącego zlecenia w systemie bez konieczności przechodzenia pomiędzy różnymi modułami.
  
- II.8.3.112 CD EXPORT
- II.8.3.113 Rozszerzenie funkcji RIS.
- II.8.3.114 Zapis na płycie CD/DVD wybranych badań w zakresie:
  - II.8.3.114.1 danych pacjenta,



- II.8.3.114.2 danych zlecenia,
- II.8.3.114.3 opisu,
- II.8.3.114.4 wyniku obrazowego, w jakości referencyjnej i diagnostycznej wraz z programem do ich przeglądania,
- II.8.3.115 plik DICOM DIR.
- II.8.3.116 Bezstratna kompresji (JPEG LossLess) obrazów diagnostycznych nagrywanych na płytę.
- II.8.3.117 Możliwość wyboru nagrywarki, na której zostanie zapisane badanie.
- II.8.3.118 Możliwość anonimizowania zapisywanego na płycie badania.
- II.8.3.119 Możliwość podziału dużego badania na kilka płyt.
- II.8.3.120 Możliwość wyboru kilku badań związanych z jednym skierowaniem z listy roboczej i zapisania wyniku na płycie CD/DVD.
- II.8.3.121 Możliwość wyświetlenia listy zleconych płyt do nagrania na wszystkich zdefiniowanych stacjach nagrywających w systemie. Przy każdej pozycji na liście znajduje się nr badania, nazwisko pacjenta oraz nazwa stacji nagrywającej.
- II.8.3.122 Możliwość usunięcia z kolejki zadania nagrania płyty.
- II.8.3.123 Obsługa duplikatorów min. Rimage 2000i,, zintegrowanie z oprogramowaniem BurnMonitor firmy Synektik. .
- II.8.3.124 Obsługa ręcznych nagrywarek wbudowanych w stację roboczą
- II.8.3.125 Oprogramowanie pokazuje poziom płyt w zasobnikach duplikatora lub obecność płyty w ręcznej nagrywance
- II.8.3.126 Oprogramowanie sygnalizuje zajętość duplikatora lub ręcznej nagrywarki
- II.8.3.127 Oprogramowanie w przypadku duplikatora Rimage umożliwia podgląd statusu duplikatora z możliwością aktywacji nagrywarek, drukarki, podajnika, resetu stanu zasobników i zmiany typu nośnika.
- II.8.3.128 Oprogramowanie komunikuje się z użytkownikiem w języku polskim.
- II.8.3.129 Oprogramowanie prezentuje listę zadań do wykonania przez duplikator oraz możliwość ich filtrowania.
- II.8.3.130 Na liście zadań prezentowane są pola przynajmniej :
  - II.8.3.130.1 unikalny numer zadania,



- II.8.3.130.2 nazwa zadania,
  - II.8.3.130.3 typ zadania,
  - II.8.3.130.4 status zadania,
  - II.8.3.130.5 postęp wykonania zadania.
- II.8.3.131 Oprogramowanie pozwala na zarządzanie kolejką zadań do nagrania w zakresie:
- II.8.3.131.1 zmiana priorytetu zadania,
  - II.8.3.131.2 wstrzymanie zadania,
  - II.8.3.131.3 anulowanie zadanie,
  - II.8.3.131.4 wznowienie zadania,
  - II.8.3.131.5 usunięcie zadania.
- II.8.3.132 Oprogramowanie umożliwia przechowywanie i prezentację historii wykonanych zadań.
- II.8.3.133 Oprogramowanie umożliwia weryfikację poprawności nagranych płyt.
- II.8.3.134 Oprogramowanie umożliwia wykonanie nadruku na płytach.
- II.8.3.135 Oprogramowanie umożliwia edycję szablonu nadruku płyty, w tym dodanie danych teleadresowych i logo szpitala.
- II.8.3.136 Oprogramowanie umożliwia przełączanie typu nośnika, na którym nagrywane są płyty.
- II.8.3.137 Oprogramowanie umożliwia jednoczesne przetwarzanie kilku zadań (w tym nagrywanie na 2 nagrywarkach ).

## **II.9 ZAKRES: SYSTEM INFORMACJI ZARZĄDCZEJ**

### **II.9.1 Moduł/grupa funkcjonalności: „System informacji zarządczej”**

- II.9.1.1 System musi dostarczać informację o zużyciu produktów leczniczych i wyrobów medycznych na poszczególnego pacjenta.
- II.9.1.2 System musi dostarczać informacje o liczbie osobodni na pacjenta z podziałem na pobyt na różnych oddziałach.
- II.9.1.3 System musi dostarczać informacje o procedurach medycznych zrealizowanych na rzecz pacjenta. Informacje muszą obejmować wykaz procedur medycznych dotyczących procesu leczenia, procedur diagnostycznych (na badań laboratoryjnych i diagnostycznych) konsultacji lekarzy specjalistów.



- II.9.1.4 System musi umożliwiać tworzenie raportów doraźnych z wykorzystaniem dowolnych informacji / danych z dostępnych baz danych.
- II.9.1.5 System musi zapewniać dostęp do różnych typów źródeł danych: np. XML, stron internetowych, procedur składowanych, plików Excel, baz relacyjnych, baz wielowymiarowych, itp. System powinien obsługiwać m.in. następujące źródła danych: Baza Oracle, Baza Microsoft SQL Server, Oracle OLAP option
- II.9.1.6 System musi potrafić integrować dane z różnych systemów hurtowni danych, hurtowni tematycznych, systemów transakcyjnych, gromadzonych danych operacyjnych. Wykorzystanie natywnych funkcji bazy danych : Access 97, Analysis Services (2000,2005),Oracle (8i,9i,10g,11g),MySQL,Terradata, XML.
- II.9.1.7 System musi umożliwiać użytkownikowi lub administratorowi kompleksowe zamodelowanie różnych źródeł informacji biznesowej w prosty, zrozumiały (logiczny), jeden model biznesowy wykorzystywany przez wszystkie komponenty platformy systemu Business Intelligence (tylko jedna warstwa metadanych wykorzystywana przez wszystkie narzędzia BI).
- II.9.1.8 System powinien umożliwiać użytkownikowi/administratorowi zmianę nazw elementów warstwy fizycznej na pojęcia biznesowe, przyjazne użytkownikowi końcowemu.
- II.9.1.9 System musi natywnie wspierać wielojęzyczność przez mechanizmy wbudowane w rozwiązanie. Wielojęzyczność musi być wspierana w obrębie jednej warstwy metadanych i nie może wymagać dla każdego języka instalacji odrębnej warstwy metadanych lub ich części.
- II.9.1.10 W celu osiągnięcia skalowania systemu powinien być wykorzystywany mechanizm puli połączeń ("connection pooling"). Oznacza to, że pojedyncze połączenie do bazy danych jest wykorzystywane do wykonywania wielu zapytań.
- II.9.1.11 System powinien potrafić łączyć się i pozyskiwać dane z systemów źródłowych w sposób bezpośredni (on-line) lub pośrednio po ich przeniesieniu do innej bazy danych.
- II.9.1.12 Użytkownik musi mieć dostęp do informacji biznesowej w sposób on-line (raporty) wyłącznie przez standardową przeglądarkę sieci Web za pomocą języka DHTML (technologia AJAX). Wykorzystanie przeglądarki internetowej jako interfejsu użytkownika nie może wymuszać instalacji dodatkowych komponentów typu ActiveX lub Applet



- Java. Wymagana jest wsparcie przynajmniej dwóch następujących przeglądarek internetowych – Internet Explorer oraz Mozilla Firefox.
- II.9.1.13 System musi integrować się z rozwiązaniami portalowymi zgodnymi ze standardem JSR 168.
- II.9.1.14 System nie może wymagać instalacji żadnego dodatkowego oprogramowania po stronie przeglądarki (np. Plug-in Active X, apletów Java, itp.)
- II.9.1.15 System musi zapewniać automatyczny sposób tworzenia agregatów w relacyjnym źródle danych na podstawie logiki biznesowej warstwy metadanych, a następnie automatyczną obsługę tych agregatów (zarówno w postaci źródła danych zagregowanych jak i automatycznych odświeżeń). Automatyczne tworzenie agregatów musi być niezależne od źródeł danych warstwy metadanych i może opierać się na wielu różnych technologicznie źródłach danych.
- II.9.1.16 System powinien wspierać integracje z narzędziami do zarządzania procesami biznesowymi (np. elektronicznym obiegiem dokumentów)
- II.9.1.17 System musi pozwalać na dostęp do danych na poziomie warstwy biznesowej za pomocą sterownika ODBC jako logiczne źródło danych dla innych niezależnych aplikacji.
- II.9.1.18 System musi potrafić prezentować dane z wielu źródeł danych na jednym raporcie (nie na kokpicie menedżerskim)
- II.9.1.19 System musi potrafić dynamicznie udostępniać użytkownikom listy wartości wykorzystywane do filtrowania danych na raporcie.
- II.9.1.20 System musi wspierać tworzenie tzw. Sub-filtrów np. Użytkownik może wykorzystać rezultaty jednego raportu jako filtr drugiego raportu.
- II.9.1.21 System musi wspierać kaskadowe podpowiedzi (prompts) np. 2-ga podpowiedź wyświetla tylko wyfiltrowane ważne wartości dla niej bazując na wartościach zwróconych w 1-ej podpowiedzi.
- II.9.1.22 System powinien potrafić wyeksportować dane w formacie .rtf, .pdf, .xls. itp.
- II.9.1.23 System powinien potrafić wizualizować graficznie tzw. wyjątki tzn. Wartości przekraczające wartości oczekiwane, nie mieszczące się w pewnych zakresach itp.
- II.9.1.24 System musi umożliwiać wykonywanie kalkulacji: matematycznych, statystycznych, znakowych, konwersji itp.



- II.9.1.25 System musi wspierać tworzenie warunków wyliczanych, wykorzystywanych do filtrowania danych.
- II.9.1.26 System powinien umożliwiać wizualizację danych aktualnych, historycznych oraz trendu.
- II.9.1.27 System powinien pozwalać użytkownikowi na sortowanie danych dowolnego wymiaru w porządku rosnącym lub malejącym w przeglądarce internetowej.
- II.9.1.28 System powinien podać listę standardowych typów widoków danych (tabele, wykresy, tabele przestawne itd.) z zaznaczeniem które widoki umożliwiają drążenie danych.
- II.9.1.29 Tworzenie każdego dodatkowego widoku danych nie może wymagać osobnego, nowego zapytania SQL.
- II.9.1.30 System nie powinien przechowywać wyników raportów w pośredniej bazie danych, system może przechowywać w pośredniej bazie danych tylko definicję raportu.
- II.9.1.31 System musi umożliwiać użytkownikom dodawanie logicznych kolumn, wyrażeń, obliczeń na raporcie uruchomionym w przeglądarce internetowej.
- II.9.1.32 System musi umożliwiać użytkownikom zmianę nazw kolumn na raporcie, na dowolnie wybrane przez użytkownika nagłówki i etykiety
- II.9.1.33 System powinien umożliwiać użytkownikom zmiany wizualizacji danych na raporcie: pozioma i pionowa orientacja danych, ukrywanie etykiet wierszy i reguł agregacji .
- II.9.1.34 System musi umożliwiać tworzenie raportów o z dokładnie określonym układzie (tzw. pixel-perfect formatting) na potrzeby standardowych wymaganych raportów przez instytucje państwowe. System musi mieć możliwość wykorzystania formularzy PDF Forms publikowanych przez instytucje państwowe jako szablonów raportu.
- II.9.1.35 System musi umożliwiać tworzenie poprzez przeglądarkę internetową firmowego stylu (template) który raz stworzony może być dziedziczony przez wszystkie raporty.
- II.9.1.36 System musi pozwalać na stworzenie portalu informacyjnego BI w postaci kokpitów informacyjnych za pomocą technologii DHTML
- II.9.1.37 Strony portalu informacyjnego muszą mieć możliwość personalizacji na poziomie użytkownika oraz na poziomie grupy
- II.9.1.38 Poza raportami oraz informacją analityczną kokpity informacyjne muszą mieć możliwość osadzenia w nich treści z zewnętrznego serwisu internetowego



- II.9.1.39 Portal (kokpit) informacyjny musi mieć możliwość osadzenia w nim dowolnej zawartości DHTML (HTML oraz Java Script)
- II.9.1.40 Portal (kokpit) informacyjny systemu powinien mieć możliwość integracji z rozwiązaniami służącymi do zaawansowanej wizualizacji przestrzennej (GIS)
- II.9.1.41 System powinien wspierać tworzenie filtrów oraz podpowiedzi globalnych w ramach całej strony kokpitu, gdzie odbiorcami filtru może być wiele niezależnych raportów umieszczonych na stronie
- II.9.1.42 System musi zawierać kontekstową Pomoc dla użytkowników/administratorów w pełni przetłumaczoną na język polski.
- II.9.1.43 System musi pozwalać użytkownikom/administratorom na łatwą rozbudowę systemu pomocy.
- II.9.1.44 System musi umożliwiać interaktywną pracę z danymi i umożliwiać nawigację w obrębie domyślnych hierarchi wymiarów.
- II.9.1.45 Musi istnieć możliwość tworzenia raportów w sposób deklaracyjny bez konieczności programowania.
- II.9.1.46 System musi pozwalać użytkownikom na samodzielny dostęp do danych.
- II.9.1.47 System musi dostarczać mechanizmy do tworzenia i modyfikacji raportów "Point and Click" i "Drag and Drop" dla wszystkich operacji wykonywanych przez użytkowników końcowych.
- II.9.1.48 System musi ukrywać złożoność struktur danych oraz techniczny aspekt rozwiązania. Użytkownik musi posługiwać się tylko pojęciami i elementami posiadającymi nazwy biznesowe bez znajomości wewnętrznej (fizycznej) struktury danych na których pracuje.
- II.9.1.49 System nie może wymagać od użytkownika końcowego znajomości połączeń oraz ich reguł w celu stworzenia raportu.
- II.9.1.50 System musi ukrywać nie wymagane lub nieistotne na raporcie tabele lub kolumny np. Na podstawie dwóch kolumn wykonywana jest kalkulacja której wynik jest istotny ale wartości kolumn źródłowych nie.
- II.9.1.51 System musi pozwalać na prezentację wielu fizycznych tabel jako jednego obszaru tematycznego i ukrywać warstwę struktury danych np. Znormalizowana postać wielu tabel może logicznie być widoczna jako jeden obszar tematyczny jeśli ma to sens biznesowy dla użytkowników końcowych.



- II.9.1.52 System musi umożliwiać proces zewnętrznej autentykacji użytkowników. Wśród wspieranych sposobów autentykacji wymagana jest co najmniej autentykacja na podstawie danych w źródle danych, wykorzystanie serwera LDAP oraz wykorzystanie rozwiązania Active Directory.
- II.9.1.53 System musi wspierać wielopoziomowy model bezpieczeństwa jak użytkownik, grupa, itd.
- II.9.1.54 System musi dynamicznie przypisywać użytkownikom poziom bezpieczeństwa bazując na atrybutach przypisanych użytkownikowi w procesie autentykacji.
- II.9.1.55 System musi potrafić ograniczać zapytania wykonywane przez użytkowników, grupę użytkowników lub źródło danych. Podać typy ograniczeń wspierane np. Liczba wierszy zwrócona, liczba minut wykonywania raportu, czas pracy użytkownika od ..do ...itp.
- II.9.1.56 System musi zarządzać jednolitą bazą identyfikatorów i haseł użytkowników oraz grup użytkowników niezależnie od źródeł danych.
- II.9.1.57 System musi w sposób natywny wspierać śledzenie aktywności użytkowników poprzez identyfikator, grupę, rolę itd. Możliwość podglądu zapytania logicznego wygenerowanego przez użytkownika jak i fizycznego wykonywanego na bazie danych.
- II.9.1.58 System musi pozwalać na administrację zapytaniami SQL z poziomu przeglądarki internetowej.
- II.9.1.59 System musi pozwalać na zatrzymywanie zapytań SQL na bazie danych poprzez przeglądarkę internetową.
- II.9.1.60 System musi pozwalać użytkownikom końcowym w sposób restryktywny na dostęp tylko do odpowiednich danych.
- II.9.1.61 System musi dostarczać graficzne narzędzie administracyjne które tworzy metadane oraz modele danych w środowisku graficznym bez potrzeby ręcznego pisania SQL.
- II.9.1.62 System musi dostarczać inteligentnego, wieloużytkownikowego mechanizmu pamięci podręcznej, którego celem jest buforowanie wyników zapytań i zwiększenie wydajności rozwiązania poprzez zmniejszenie ilości fizycznych zapytań do źródeł danych.
- II.9.1.63 System musi wspierać realizację wielu równoległych zapytań SQL.
- II.9.1.64 System musi wspierać wielowątkowość.





**PROGRAM  
REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**Mazowsze.**  
serce Polski

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO

